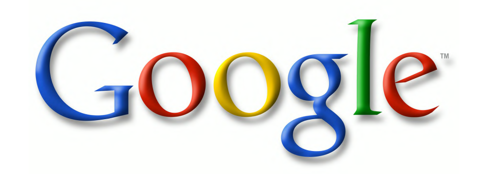


This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

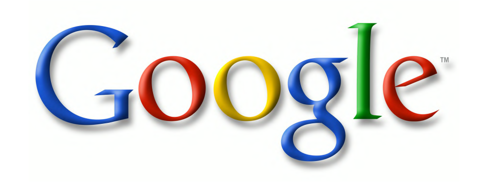
Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

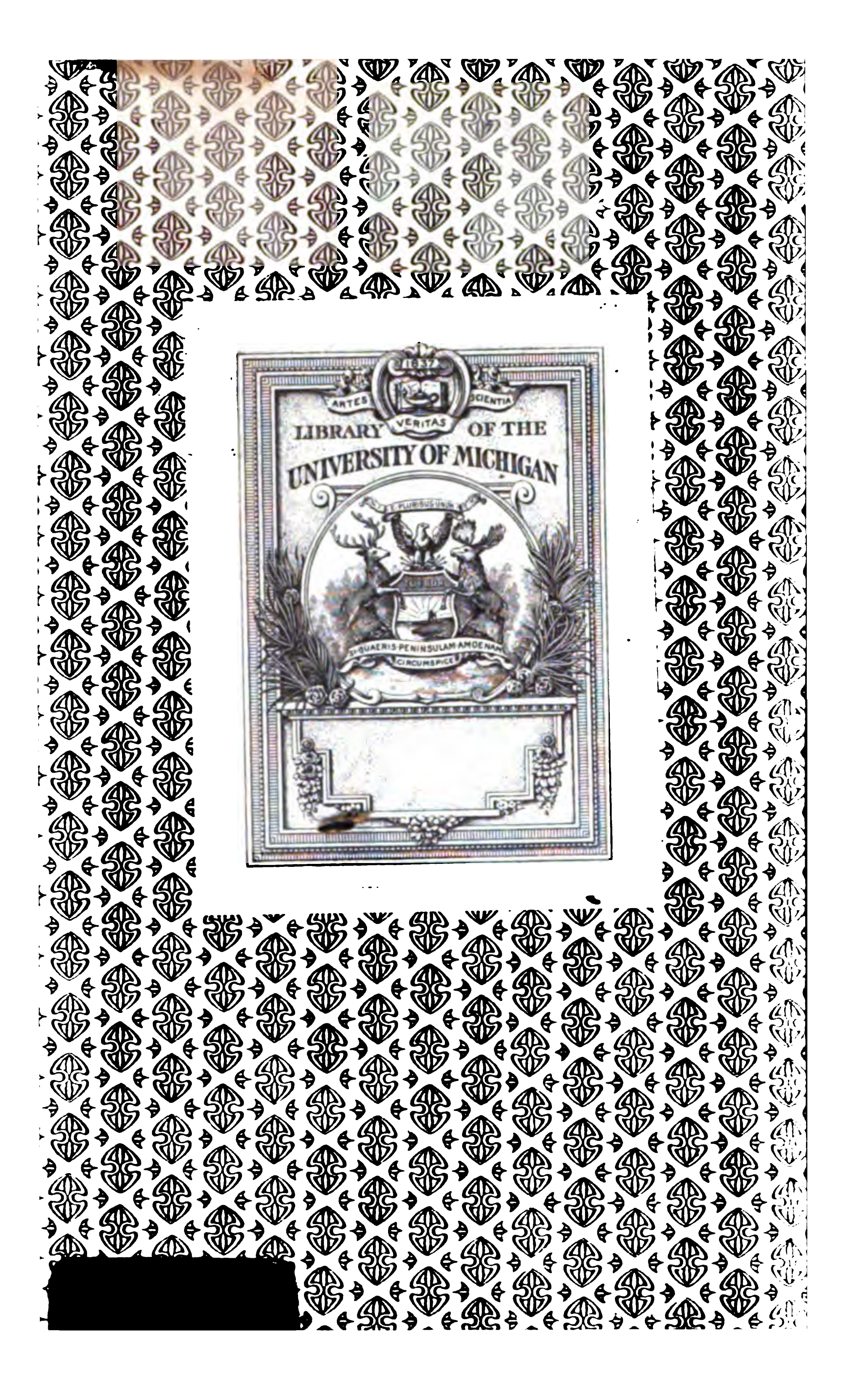
Nous vous demandons également de:

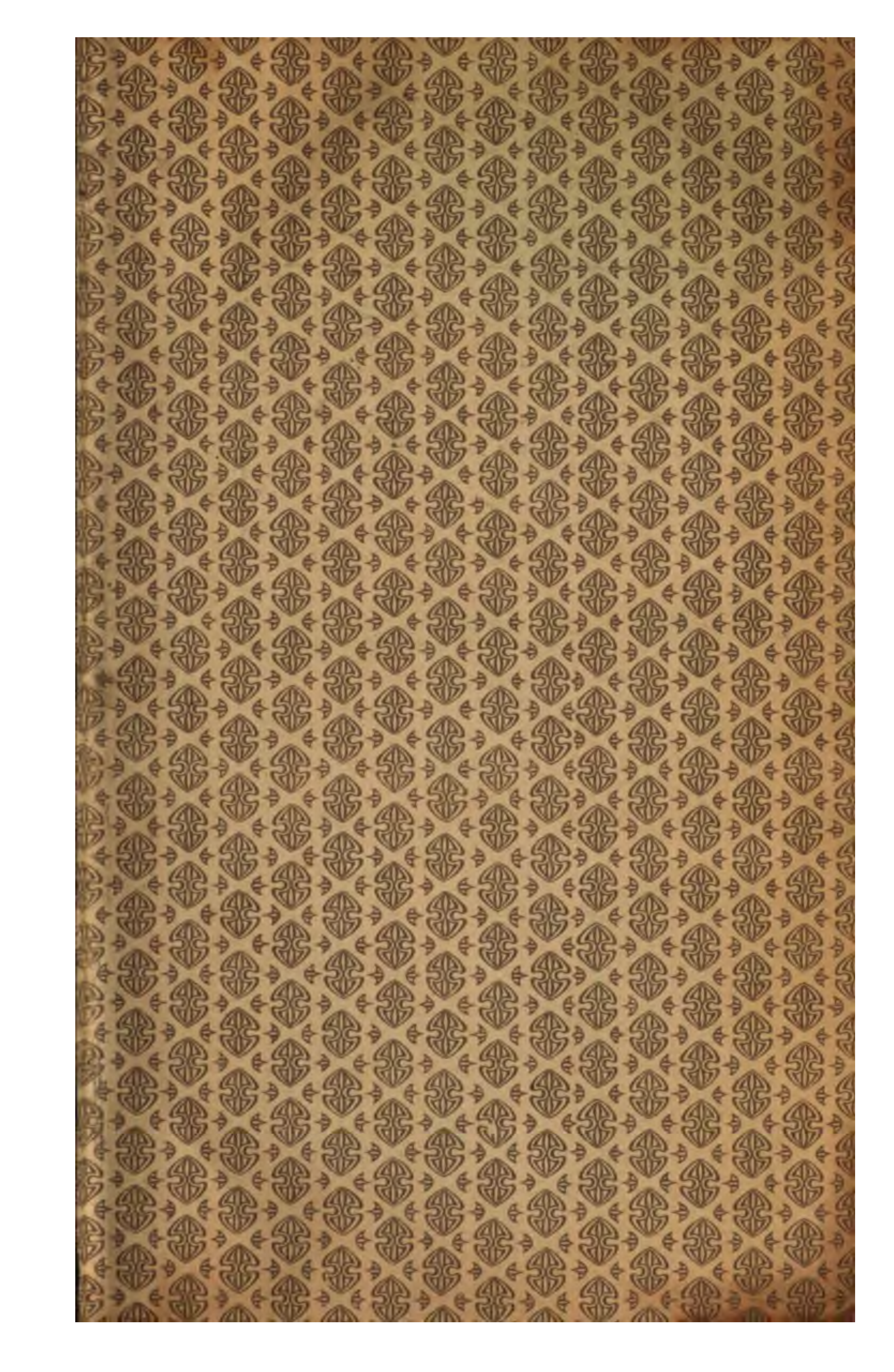
+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`


A 3 9015 00385 606 2
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



610.5
A595
G99

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XIII

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les **Annales de Gynécologie** paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris....................	18 francs.
Pour les départements..........	20 —
Pour l'Europe..................	22 —
Pour les États-Unis d'Amérique....	23 —
Pour les autres parties du monde.	25 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. Lauwereyns, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr Leblond, 9, rue de Mulhouse, pour la partie gynécologique; à M. le Dr Pinard, 26, rue Cambon, pour la partie obstétricale; ou à M. H. Lauwereyns, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteurs

A. LEBLOND ET A. PINARD

TOME XIII

Contenant des travaux de MM.

BOISSARIE, BOZEMANN, BUDIN, COUDRAY, COURTY, DELORE, DUVERNOY, DE FOURCAULD, HERRGOTT (Alphonse), LIZÉ, LUTAUD, MONOD (Eugène), PINARD, ROUVIER, SIMS, TRÉLAT.

1880

(1er SEMESTRE)

PARIS

H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1880

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARNES (Fancourt), médecin de la Maternité de Londres.
BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agrégé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chir. en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., médecin des hôpit.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hôpitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hôp. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRIN (Alphonse), chirurgien des hôpitaux
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
HERRGOTT (Alphonse), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Nancy.
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
HUE (Jude), de Rouen.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABARRAQUE (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin adjoint de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Edouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PINARD, prof. agr. à la Fac. de méd. de Paris.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. agrégé d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TARNIER, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôpitaux.
TAYLOR (Robert), de New-York.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), prof. à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., chir. de la Charité.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX.

REMARQUES SUR L'OVARIOTOMIE.

AVEC OBSERVATIONS ET CERTAINES MODIFICATIONS DANS LE TRAITEMENT.

Par le Dr Nathan Bozeman, de New-York,
Chirurgien au « Women's Hospital » de l'état de New-York.

Traduction par le Dr Jean F. Chauveau, *de New-York.*

Lorsque le professeur Schrœder annonçait, il y a de cela un peu plus d'un an, que par la méthode Lister il avait traité une série de 50 ovariotomies avec les résultats suivants : 40 guérisons et 10 décès (80 p. 100), et que 33 de ces cas, avec la perte d'un seul, avaient été opérés dans la Maternité de Berlin, qui est, sans contredit, dans de très mauvaises conditions hygiéniques; il y eut un sentiment de satisfaction général parmi les gynécologistes en ce qui concernait le mérite de cette

méthode, et ils voulurent alors, plus que jamais, déterminer son importance par leur propre expérience.

Il est vrai que d'aussi bons et aussi surprenants résultats que ceux-ci avaient déjà été obtenus dans la Grande-Bretagne, particulièrement dans la pratique de M. Keith, avant que les antiseptiques eussent été préconisés ; mais, en Allemagne, rien ne pouvait être comparé aux succès du professeur Schrœder. Le Dr Oldshausen, quelques mois plus tard, dans une lettre adressée à M. Spencer Wells, disait que la mortalité après l'opération pour l'ablation des kystes ovariens était, en Allemagne, dans la pratique de Esmarch, Hegar, Schrœder et dans la sienne, de 33 décès sur 65 opérations avant l'emploi de la méthode Lister, et depuis son emploi, de 33 décès sur 155 opérations. La grande joie manifestée à ce succès inespéré du professeur Schrœder n'était donc pas surprenante.

Dans sa série de 50 opérations il eut 23 succès consécutifs, ce qui fut considéré comme bien remarquable pour l'Allemagne. Mais M. S. Wells en Angleterre, longtemps avant, sans l'emploi des antiseptiques, avait eu une semblable série de 27 opérations suivies de guérisons.

Quelque satisfaisant que soit en Allemagne le résultat de la méthode Lister, il a été tellement éclipsé depuis en Ecosse, par M. Keith, employant la même méthode protectrice, que l'on n'en est plus surpris. M. Keith relate (*British Med. Journal*, 19 octobre 1878) que sur 50 cas traités par lui, 48 ont été guéris (96 p. 100), que les deux décès eurent lieu dans les 8 premières opérations, laissant donc une série, sans précédent, de 42 succès consécutifs, résultat que les gynécologistes, à l'avenir, seront trop heureux d'obtenir.

M. Keith appréciant la théorie sur laquelle a été basée la méthode Lister déclare qu'il la considère comme saine, et son enthousiasme, quant aux résultats ci-dessus mentionnés, est exprimé en ces termes : « Depuis 1876 chaque opération a été faite avec tous les soins prescrits par M. Lister, l'opérée étant enveloppée dans un nuage de vapeur d'eau phéniquée et je ne reviendrai jamais plus à l'ancienne méthode. » Partant, ces suc-

cès de M. Keith obtenus grâce, à l'emploi des antiseptiques, peuvent être considérés comme des preuves évidentes que la méthode Lister est, sans contredit, d'une grande importance. Mais tout en l'acceptant, il ne faut pas non plus perdre de vue que M. Keith insiste aussi sur les grandes précautions à prendre pendant l'opération et les grands soins qu'il faut donner après à l'opérée. Il dit qu'au moment où il essaya l'emploi des antiseptiques (1876), il avait déjà diminué le nombre des décès, après l'ovariotomie à près de 10 p. 100 pour les opérées placées au dernier étage, par l'état sanitaire de sa salle, par l'emploi du cautère actuel et du tube de drainage. Il est bien évident, par l'importance qu'il attache à ce qui vient d'être dit, qu'il était alors d'opinion que ces innovations contribuaient grandement au résultat qu'il avait obtenu, quoiqu'il veuille aujourd'hui, à cause des avantages que lui donne la méthode de Lister, remplacer le cautère actuel par la ligature et mettre de côté le tube de drainage. Néanmoins, il insiste toujours sur l'importance de bien contrôler l'hémorrhagie, de prendre le temps voulu pour étancher le sang répandu dans la cavité péritonéale pendant l'opération.

C'est, ajoute-t-il, le plus souvent dans la classe des tumeurs adhérentes, chez les sujets affaiblis, et aussi par un trop long délai avant de se décider à faire l'opération, que les plus grandes difficultés dans le traitement se rencontrent, et il nous faut pour obtenir un bon résultat ajouter d'autres moyens aux antiseptiques.

Maintenant, M. Keith ayant avancé que préalablement à l'adoption de la méthode de M. Lister (1876) il avait réduit le nombre des décès à 10 p. 100, il est bien à supposer que d'autres améliorations dans ses mains habiles auront pour effet la diminution de la mortalité, même dans ce petit nombre de cas. La question peut être posée ainsi : combien a-t-il été gagné déjà par le seul emploi des antiseptiques ? Selon les récentes expériences de M. Keith la réponse est de 6 p. 100. Partant, si cela est vrai, son succès par l'emploi de la méthode Lister est aujourd'hui de 96 p. 100. Il nous semblerait qu'il serait inutile, alors, de rien

ajouter en fait d'amélioration à l'opération telle que la pratique M. Keith, puisqu'il n'est pas probable que l'on puisse jamais diminuer le nombre des décès à moins de 4 p. 100.

Voilà certainement un tableau bien encourageant de l'état de progrès où se trouve l'opération pour l'ablation des kystes de l'ovaire. Mais le succès de M. Keith est si exceptionnel que personne, un seul moment, n'osera, je suppose, espérer l'imiter. Aucun autre chirurgien n'a atteint un résultat aussi éclatant dans une si grande série de cas. Je doute même, qu'en ce moment, la mortalité qui suit cette opération soit, dans la pratique de tous les chirurgiens, au-dessous de 20 p. 100. Que la méthode de Lister ait contribué en grande partie à ce résultat heureux, il n'y a pas le moindre doute et c'est en se rendant compte de ceci et en suivant d'autres règles que je mentionnerai bientôt, que nous arriverons à diminuer encore le nombre de décès.

C'est donc la mortalité générale qui suit cette opération, et qui s'élève à 20 p. 100 au lieu de 4 p. 100 indiquée par M. Keith, qu'il faut diminuer par des moyens appropriés de traitement et la question est « comment cela doit-il se faire ? »

La mort est causée à peu près dans les 7/8 de tous les cas, par le *choc* produit sur les centres nerveux par l'opération ou le collapsus, par l'hémorrhagie, l'asthénie, la péritonite, l'intoxication septique, la piohémie et dans un grand nombre de cas elle a lieu dans les trois ou quatre jours qui suivent l'opération.

Le Dr Peaslee en parlant des causes de la mort après l'ovariotomie dit : « Le collapsus en est la cause pour plus de moitié des cas dans les quarante-huit heures et pour plus des 2/3 dans les quatre-vingt seize heures qui suivent l'opération. A peu près moitié de ceux qui meurent d'hémorrhagie présente les symptômes de dissolution dans les vingt-quatre heures, 7/8 dans les soixante-douze heures.

« La péritonite aiguë est fatale dans les 12 ou 24 heures et jusqu'au huitième jour qui suit l'opération; presqu'un quart du nombre entier des opérées meurent le troisième jour, et presque les deux tiers du nombre total dans les soixante-douze heu-

res. La péritonite asthénique est fatale du neuvième jusqu'au vingt et unième jour et même plus tard. »

Maintenant quelles sont les conditions de l'économie, avant et après l'opération pour l'ablation des kystes ovariens, qui favorisent la mort provenant des causes ci-dessus énumérées? Quel est le traitement nécessaire pour combattre ou éliminer ces causes?

Conditions du système. — En ce qui concerne la pathologie des tumeurs ovariennes, kystiques ou solides, bénignes ou cancéreuses, il n'y a rien de clair ni de vraiment satisfaisant. Je n'admets pas l'opinion généralement avancée sur ce sujet concernant les différents changements opérés sur l'économie dans les stades de développement de ces tumeurs comme signes diagnostiques, car elles doivent (les tumeurs) selon moi, éprouver de grandes modifications avant que nous puissions espérer leur appliquer un traitement constitutionnel et chirurgical. Je ne me propose pas ici de discuter ces points; cependant, j'expose de la manière la plus concise mes propbres convictions, qui peuvent être correctes ou non, et je les offre dans l'épitomé qui suit :

1° Que les conditions de l'économie favorisant le développement idiopatique des kystes ovariens exposent les deux ovaires à cette même dégénérescence; que souvent aussi ces kystes sont produits par la dislocation ou l'emprisonnement de l'un ou de l'autre, ou même des deux ovaires, ceux-ci étant dans un état d'hypérémie ou d'anémie.

2° Que la cause morbifique occasionnant le développement des kystes ovariens produit bientôt un trouble dans l'innervation et la nutrition de l'économie et entraîne l'anémie générale.

3° Que l'anémie générale produite par le développement des tumeurs ovariennes (nommez-la si vous le voulez simple, idiopathique ou pernicieuse) est toujours progressive, et que les stades de développement généralement reconnus représentent les divers degrés d'avancement ou de progrès vers une terminaison fatale qui, certainement, arrive tôt ou tard, à moins qu'elle soit arrêtée par les ressources de l'art chirurgical.

4° Que l'anémie générale accompagnant les tumeurs de l'ovaire est presque toujours suivie, à l'origine, par un état d'embonpoint du corps, mais que ce développement du tissu adipeux se montre toujours avec une diminution des globules rouges du sang, indiquant plutôt un état maladif qu'une santé robuste.

5° Que l'anémie générale qui accompagne les tumeurs ovariennes, quand elle est accompagnée d'émaciation, comme dans les derniers stades de la maladie, est alors très pernicieuse par l'altération des éléments importants du sang et les autres troubles fonctionnels provenant de la pression mécanique.

6° Que toute maladie inflammatoire, qu'elle soit d'origine idiopathique ou traumatique, durant les stades d'une anémie générale qui accompagne le développement des tumeurs de l'ovaire prend toujours un caractère asthénique et persistant, et que la fièvre qui se manifeste, qu'elle soit produite oui ou non par l'introduction dans le sang de matières pyrôgénétiques, pyogéniques ou septiques, prend presque toujours le type asthénique.

7° Le corollaire qui semble nécessairement découler des propositions ci-dessus est que le chirurgien doit chercher à lutter contre les mauvaises tendances de cette anémie générale accompagnant le développement des tumeurs ovariennes, à fortifier l'économie pendant le progrès du mal, à faire l'ablation de la tumeur (comme l'expérience aujourd'hui le justifie) avant ou aussitôt que l'émaciation se manifeste, et à traiter l'inflammation qui suit l'opération, qu'elle soit aiguë ou chronique, par un régime persistant et continué, tendant à augmenter les forces vitales, laissant à la fièvre le soin de se guérir.

Traitement qu'il convient de suivre. — Le but d'un traitement quelconque avant et après l'ovariotomie est de tâcher de prévenir la mort résultant d'une anémie pernicieuse, du choc sur les centres nerveux qui suit l'opération, de l'hémorrhagie, de l'asthénie, de la péritonite, de l'intoxication septique et de la pyohémie.

Ce but sera-t-il atteint par les moyens ordinaires du traitement antiphlogistique, y compris la saignée, les agents antipy-

rétiques, les médicaments déprimant la circulation, la diète, etc., ou bien par un traitement tout opposé qui consistera à fortifier l'économie et à rendre au sang les éléments qu'il a perdus et plaçant les forces vitales, autant que possible, dans des conditions normales ?

Traitement antiphlogistique.

En ce qui a trait aux moyens antiphlogistiques pour combattre la péritonite (la grande terreur des ovariotomistes), il est dit qu'ils doivent être employés de bonne heure et avec vigueur, parce que le plus grand nombre de décès a lieu dans les 3 ou 4 jours après l'opération. Aussi, doivent-ils être employés, si toutefois on les emploie, pour combattre ce mal immédiatement et sans hésitation. Il est bien facile aux auteurs qui ont écrit sur ce sujet de dire que quand la péritonite ou la septicémie se manifestent pendant les premiers jours qui suivent l'opération, l'opérée offrant un pouls de 120 à 140 et une température de 39 à 40°, elle doit être surveillée et les progrès du mal énergiquement combattus par la saignée générale, les sangsues, l'opium, les fomentations, l'aconit, le « veratrum viride », les compresses d'eau à la glace sur la tête, les sacs de glace pilée, les affusions d'eau froide sur l'abdomen. Mais quels sont les succès obtenus par cette médication? A juger par l'expérience de ceux qui s'en sont servis le plus, ces moyens n'offrent pas de résultats assez satisfaisants pour nous porter à vouloir les accepter.

Ce n'est pas mon but ici de faire une étude des différents moyens ci-dessus énumérés et recommandés. Je ne parlerai que de l'emploi des affusions d'eau fraiche et d'eau à la glace comme moyens propres à combattre une température élevée et à diminuer l'accélération du pouls. Considéré à mon point, je ne vois pas de grandes objections à l'emploi, avec certaines précautions, soit de l'eau à la glace ou d'affusion d'eau fraîche sur

la tête quand l'indication les réclame; mais quant à l'application de ces agents réfrigérants sur l'abdomen, c'est tout autre chose. Je fais de sérieuses objections à l'emploi de ces agents sur l'abdomen soit comme partie du traitement dit antiphlogistique, ou du traitement fortifiant, parce que leurs effets sur l'action du cœur est de déprimer ses pulsations et que cet effet est souvent assez fort pour compromettre la vie de la malade, pour produire une suppuration dans la cavité péritonéale, la pyohémie, la pleuro-pneumonie, et peut-être encore d'autres graves complications.

Ces réfrigérants, sans le moindre doute, abattent la température et diminuent la fréquence du pouls pour le moment, mais les forces vitales sont affaiblies et l'intégrité des organes éloignés du siège du mal est compromise par leur emploi, surtout quand ils sont longtemps employés. Partant, malgré les chaudes recommandations des ovariotomistes anglais et allemands, je me vois forcé de les considérer comme plutôt dangereux que bons.

Dans notre pays ces moyens ont été employés avec des résultats plus ou moins satisfaisants. M. Gaillard Thomas, à l'opinion duquel une grande expérience donne beaucoup de poids, conseille des affusions d'eau fraîche sur l'abdomen à une température variant de 15 à 36°, la malade étant couchée sur un lit de sangle dit : « Kibbés cot ». Dans un mémoire lu par lui à l'Académie de médecine de New-York intitulé : « De la méthode la plus propre à contrôler la température élevée qui se manifeste après l'ovariotomie » (N. Y. méd. journal, août 1878), il fait un contraste entre les affusions froides et les fortes doses de quinine ou d'acide salicylique et les sels, et considère les réfrigérants comme agents anti-pyrétiques bien supérieurs.

Le Dr Thomas avance qu'une température élevée se prolongeant longtemps après l'opération pour l'extirpation des kystes ovariens, tend à produire la désorganisation du sang; de là de grands troubles dans les centres nerveux et circulatoires. Il croit que ces résultats peuvent être empêchés par l'usage des affusions d'eau froide sur l'abdomen, qui maintiennent la tem-

pérature et le pouls, dès l'origine, au-dessous de 100° F. et de 110 pulsations, résultat qui ne peut être obtenu que partiellement, si du tout, par l'emploi du sulfate de quinine à fortes doses ou les sels salicyliques. Quant au but que l'on se propose d'atteindre, il dit : « En adoptant ce mode de traitement après l'ovariotomie, comme je l'ai aussi fait plusieurs fois après les accouchements, je n'ai pas cru pouvoir arrêter la péritonite ou la septicémie, les deux écueils à redouter alors. Mon but était d'enlever à ces maladies une de leurs armes principales de destruction, l'hyperpyréxie, et par ce moyen, de pouvoir résister au premier assaut, dans l'espoir d'être prêt pour une attaque plus prolongée, mais moins violente ».

Le Dr Thomas rapporte à l'appui de son opinion 8 cas, dont un de péritonite provenant d'autre cause que l'ovariotomie. De ce nombre, 6 guérirent. Des deux cas qui se terminèrent par la mort, l'un révéla à l'autopsie, « une péritonite avec divers points de gangrène localisée de l'intestin; l'autre offrit des évidences de péritonite, de pleurésie avec effusion et de pneumothorax », auxquels sont attribués les causes de la mort qui eut lieu le vingt-sixième et le quatorzième jour respectivement. Le Dr Thomas, fait aussi allusion à deux autres cas d'ovariotomie, ayant eu lieu quelque temps auparavant, qui se terminèrent par la mort après le même traitement, mais il ne donne pas de détails concernant ces deux cas; seulement il ajoute qu'ils servent à éclairer « les leçons enseignées par les deux premiers, déjà mentionnés; que cette méthode de réfrigération promet d'être un moyen uniforme de maintenir une température presque normale quand une maladie mortelle qui offre pour caractère principal l'hyperpyrexie, continue sa marche vers une terminaison fatale ».

Dans la huitième observation rapportée, il parle des effets de cette médication sur les battements du cœur, qui se manifestèrent par l'irrégularité et l'intermittence du pouls, avec refroidissement des mains et leur couleur bleuâtre. La malade, quand même, une jeune fille de 16 ans, ne montra pas de plus fâcheux symptômes que ceux-ci et fut guérie.

En ce qui concerne l'alimentation des malades, pendant le traitement par les affusions froides sur l'abdomen, le Dr Thomas n'en fait mention qu'en passant dans les observations I et VII. Elles furent nourries par le rectum, l'une pendant 12 et l'autre pendant 4 jours. Pour la première il employa en outre une injection intra-veineuse de lait, 4 fois, sans obtenir, cependant, de résultat notable, excepté qu'il parvint à soutenir les forces de la malade jusqu'au vingt-sixième jour. Par ceci il faut supposer qu'une diète sévère avait été observée, pendant les premiers jours au moins, puisque c'est là un des traits caractéristiques et importants du traitement antiphlogistique, auquel appartient aussi l'emploi des affusions d'eau froide.

Sur la nécessité d'une diète sévère, qui a pour adeptes quelques-unes de nos grandes autorités qui ont écrit sur l'ovariotomie, feu le Dr E. R. Peaslee donne un résumé lucide dans les lignes qui suivent :

« Bien peu de nourriture doit être donné pendant les premières demi-heures. Je préfère continuer l'usage de la bouillie au lait que je recommande toujours à la malade avant l'opération. J. B. Broron donne à ses opérées de l'eau d'orge, ou du lait à la glace, ou encore des bouillons légers et quelquefois une côtelette de mouton le troisième jour. M. Wells et Dr Keith prescrivent de l'eau d'orge seulement, mais ce dernier ne permet pas à ses malades de prendre aucun aliment jusqu'à ce que des gaz se soient échappés par le rectum; rien qu'un peu d'eau fraîche ou quelques gorgées d'eau chaude. Il administre du bouillon et de l'eau-de-vie, chez les sujets très affaiblis, par le rectum. Le Dr Robert conseille le moins de nourriture possible pendant les 48 heures après l'opération, pour prévenir les nausées et les vomissements. Aucun aliment solide ne doit être donné, ainsi que le conseille judicieusement le Dr Clay, jusqu'à ce que la malade le réclame. Si l'estomac est irritable, la nourriture aussi bien que les opiacés doivent être administrés par le rectum; dans ce cas le « beef-teà » (bouillon concentré) est un excellent succédané de la bouillie au lait.

Maintenant, si l'expérience du Dr Thomas relative aux affu-

sions d'eau froide sur l'abdomen, basée sur les huit observations déjà rapportées dans son intéressant mémoire, peut prouver quelque chose, c'est qu'il reconnaît la grande importance de l'emploi de ce moyen par les considérations suivantes :

1° Que le sulfate de quinine et les sels salicyliques ne sont antipyrétiques que légèrement, et si légèrement que nous ne pouvons leur accorder notre confiance et dépendre de leurs effets dans le traitement de la péritonite, de la septicémie résultant de l'ablation des kystes ovariens.

2° Que les affusions d'eau froide sur l'abdomen sont, au plus haut degré, antipyrétiques et considérées comme les agents par excellence destinés à remplacer tout ce qui a été déjà préconisé pour combattre les progrès de la péritonite et de la septicémie, à cause de la simplicité de leur emploi et la facilité avec laquelle on peut s'en servir sur le lit de sangle de Kibbe.

3° Que les dangers de l'emploi de l'eau froide en affusions sur l'abdomen sont si légers, si même il y en a du tout, qu'il ne faut que des précautions ordinaires pour les éviter, et qu'ils ne doivent pas contr'indiquer cette méthode de combattre l'hyperpyrexie de la péritonite et la septicémie.

4° Que si les affusions d'eau fraîche sur l'abdomen ne guérissent pas directement la péritonite et la septicémie, cependant elles les modèrent d'une manière indirecte à un plus haut degré que tous les autres agents déjà connus, en empêchant la désorganisation du sang et de sérieux désordres dans les fonctions vitales.

Jusqu'à quel point les vues du Dr Thomas sur l'emploi des affusions froides peuvent être acceptées, la statistique (8 observations rapportées par lui) pourra répondre. Une perte de 25 p. 100, ainsi que l'indique son mémoire, n'offre rien de bien rassurant quand nous comparons cette statistique avec celle que M. Keith, (10 p. 100) a pu obtenir dans l'emploi des agents antiseptiques ou des affusions d'eau froide. Je ne sais pas quelle a été l'expérience ultérieure du Dr Thomas relativement à ce traitement, je ne puis même dire combien de fois il a été

employé par d'autres chirurgiens depuis la publication de ce mémoire. Je ne l'ai employé qu'une fois dans mon service au Woman's hospital, quelques mois avant que le Dr Thomas lût ce mémoire à l'Académie de médecine. Du peu d'expérience que j'en ai eu (un seul cas) j'ai été convaincu que l'emploi de ce moyen est non-seulement héroïque, mais même dangereux, et contraire aux sains principes de la chirurgie. C'était un cas d'ovariotomie double et c'était ma première opération à l'hôpital.

Le traitement consécutif consista à administrer dès l'origine, à l'opérée une nourriture fortifiante par la bouche et des opiacés par le rectum pour calmer la douleur. Au bout de 36 heures le pouls avait atteint 120 pulsations et la température 103 1/2 F. Avec ces indications, il y avait sensibilité sur toute l'étendue de l'abdomen, tympanite, soif et sécheresse de la peau. Vu ces circonstances, la malade fut placée sur le lit de sangle (Kibbes Cot) et les douches d'eau à 20° commencèrent à être employées. Au bout de 71 heures, quand 8 douches, dont la température de l'eau variait de 19 à 24°, avaient été données, il n'y eut pas de diminution dans l'intensité de la péritonite. Le pouls était à 126 et bien faible, la température 40°,1. Commençant alors à perdre confiance dans ce mode de traitement. et naturellement étant anxieux sur l'état de la malade, je substituai à l'opium par le rectum, 8 grains de sulfate de quinine devant être répétés toutes les 6 heures. On continua néanmoins sans relâche les douches sous la direction de l'interne, le Dr J. L. Perry, dont les soins et attentions étaient sans relâche. Au bout de 80 heures, quand 16 douches avaient été administrées (les 8 dernières dans un espace de 8 heures), la température restait à 39,6, juste deux dixèmes de degré de moins qu'au commencement du traitement. Quelques heures après la dernière douche, je fis ma visite (6 h. 1/2 du matin) et trouvai la malade dans un état de collapsus, ou du moins elle semblait être dans cet état. Elle était froide jusqu'aux extrémités, était cyanosée et presque sans pouls. Les applications de cruchons d'eau chaude autour du

tronc et des extrémités, et l'administration de Whiskey à fortes doses produisirent une réactionet les symptômes menaçants disparurent.

L'emploi de l'eau froide fut discontinué; j'y substituai une alimentation plus forte et des stimulants par la bouche furent prescrits; de plus, du sulfate de quinine et de l'opium par le rectum. Au bout de 96 heures, quand la malade avait pris 40 gr. de quinine, les effets du médicament devenaient manifestes et le pouls était à 104 et la température 38°. De ce moment la température ne monta guère au-delà de 38,4. et ne resta même à ce degré que quelques jours. La convalescence fut cependant longue, dura à peu près 3 semaines, à cause sans doute, des produits de l'inflammation renfermés dans la cavité péritonéale, et je crois que ce résultat était produit par la dépression sur les forces vitales, par les douches froides et l'omission que je fis d'employer du sulfate de quinine aussitôt après l'opération. Mais mon traitement dans ce cas n'avait pas été plus héroïque que celui adopté dans les 8 observations rapportées par le Dr Thomas. La seule différence fut dans le résultat : mon opérée échappa presque miraculeusement à la mort par asthénie et dépression des pulsations du cœur, sans cependant qu'il y eut réduction de la température au bout du 4e jour; un de ses cas, après avoir eu la température maintenue au-dessous de 38°, donna issue par l'incision abdominale, à plus d'un demi litre de pus au 14me jour, et, finalement, mourut le 26me. L'autopsie révéla une péritonite générale avec gangrène des intestins. L'autre cas, après que la température avait été réduite de 40° à 38,4, eut une pleurésie avec effusion le 5me jour. L'augmentation de température fut traitée, comme avant, par les douches jusqu'au 8e jour où la guérison de l'opérée fut déclarée. Ce cas cependant se termina par la mort le 14e jour montrant par la nécropsie, comme je l'ai dit plus haut, une péritonite et une pleuro-pneumonie avec effusion.

Est-ce que ces complications embarrassantes rencontrées par le Dr Thomas et par moi, ne seraient pas le fruit de l'em-

ploi des douches d'eau froide sur l'abdomen? Et en essayant avec un agent si puissant de désarmer la péritonite et la septicémie de leurs dangereux phénomènes, un pouls fréquent et une température élevée, ne reproduit-on pas un état de l'économie qui favorise et amène les complications déjà mentionnés. En un mot, en essayant d'éviter Scylla, ne nous jetons-nous pas sur Charybde? Telles sont mes convictions et je ne serai pas satisfait sur ce sujet jusqu'à ce que d'autres statistiques nous montrent un résultat plus satisfaisant que celui que nous avons jusqu'ici obtenu.

Traitement préparatoire et traitement tendant à maintenir les forces de l'opérée.

Tournons ensuite notre attention vers la manière de préparer et de fortifier l'économie comme moyen de combattre les principaux dangers qu'offre l'ovariotomie, et que nous venons d'énumérer. Ce traitement, selon que je l'entends, comprendrait tous les aliments qui peuvent être assimilés, après avoir été introduits dans l'économie par la bouche et le rectum, quels que soient le stimulant que l'économie puisse tolérer et les médicaments nécessaires selon les indications. Ce plan de traitement peut se diviser ainsi : 1° ce que l'on doit faire avant l'opération ; 2° ce qui doit être fait après.

1° *Avant l'opération.* — Ce traitement pourrait être considéré comme co-existant avec la présence de la tumeur, mais ici nous le limiterons à la semaine qui précède l'opération. Pendant ce temps (8 jours) les sécrétions du corps devront être équilibrées autant que possible, les intestins tenus vides, la circulation égalisée, la douleur et l'irritation nerveuse contrôlées, l'économie bien nourrie, afin de donner, pour ainsi dire, *une nouvelle vie au sang.*

Les moyens d'accomplir toutes ces indications se suggèrent d'eux-mêmes. Un cathartique léger tous les jours ou tous les

deux jours et un fort purgatif la nuit qui précède l'opération ; de grands bains tièdes suivis d'onctions émollientes, la vaseline peut être parfaitement employée pour cet usage ; des anodins ou le bromure de potassium ; des aliments de facile digestion et nourrissants, avec du vin, de l'ale, du porter, du cognac, etc., selon qu'ils sont préférés par la malade ou trouvés nécessaires ; les toniques, parmi lesquels les meilleurs sont la teinture de chlorure de fer, la salicine et la quinine.

Quant à ce qui est de ces derniers médicaments, le fer et la salicine, je les donne ensemble 3 fois par jour, à la dose de 15 gouttes du premier et un gramme du dernier. Quand cette préparation de fer donne des céphalalgies, ce qui arrive quelquefois, ou n'est pas bien accepté par l'estomac, alors, je lui substitue le fer réduit par l'hydrogène ou le carbonate de fer, ou la salicine seule. Je n'emploie la quinine qu'en dernier ressort ; 75 centigr. sont administrés le soir qui précède l'opération, et 50 centigr. avec 5 centigr. d'opium le matin suivant, après que les intestins ont été vidés par un lavement d'eau chaude contenant un peu de savon blanc et une petite quantité de sel marin.

2° *Après l'opération.* — Le traitement actif est continué immédiatement après l'opération jusqu'à ce que tout danger soit passé ; une semaine, plus ou moins selon les circonstances. Les soins avec lesquels ce traitement doit être suivi dépendent non seulement du chirurgien, en ce qui concerne ce qui est absolument nécessaire, mais aussi dans la vigilance incessante et l'assiduité des garde-malades qui sont chargés d'exécuter ses ordres.

Premièrement les agents médicamenteux à employer. Ceux-ci sont principalement la quinine, l'opium, le cognac, (l'alcool) le wiskey, le champagne, et toute autre forme de médicament que pourrait nécessiter le cas. Après que la malade aura cessé d'être sous l'influence de l'agent anesthésique, on éloignera d'elle toute cause d'ennui ou d'irritation, et rien selon moi ne peut plus la fatiguer que l'emploi de la seringue hypo-

dermique. Je ne me servirais donc de cet instrument que dans les cas indispensables, me réservant d'autres moyens non moins efficaces d'administrer la morphine. Mais peut-on dire que l'estomac offre cette faculté autant que nous le désirerions? Certainement pas. Mais en ayant recours à cet organe et en administrant par le rectum, en même temps, non-seulement le médicament mais les aliments, nous pourrons arriver à un bon résultat. Quand ces deux voies nous font défaut et que la malade est *in extremis*, alors nous pouvons avoir recours à la seringue hypodermique qui jouera un rôle important en introduisant dans l'économie, non-seulement la morphine mais la quinine, l'eau-de-vie, et l'éther. La forme d'opiacé que je préfère, par-dessus tout, est la liqueur composée d'opium de Squibb. C'est un médicament plus uniforme et sur la force duquel on peut compter, de préférence au laudanum; et pour cette raison, si non pour d'autres, elle a, à mon avis, une valeur réelle. Le but à atteindre par cette préparation d'opium est non-seulement de combattre la douleur, mais de diminuer l'irritation nerveuse réflexe. C'est un antagoniste aux mauvais effets de la quinine sur le cerveau, donnant alors à ce dernier plus de force d'action pour contrôler non-seulement l'action du cœur et des poumons, mais aussi la désassimilation ou changements opérés dans les tissus, d'où dépend, croit-on, la chaleur excessive du corps.

J'ai pour règle, aujourd'hui, d'administrer par le rectum aussitôt que la malade a été portée de la table d'opération à son lit, un gros (60 gouttes) de la liqueur d'opium avec 50 centig. de sulf. de quinine dans 15 gram. d'eau acidulée. Ceci sera presque toujours trouvé suffisant pour calmer la douleur qui suit l'opération après que l'effet de l'agent anesthésique aura cessé. La dose est ensuite réduite à 30 gouttes avec la même quantité de quinine et répétée toute les six heures. Si de fortes douleurs venaient à se développer dans l'intervalle, je conseille l'administration de 12 ou 16 gouttes de la sal de morph. de Magendie par la seringue hypodermique. D'après l'expérience

que j'ai, cette nécessité n'arrive que de temps en temps et quelquefois pas du tout pendant tout le cours du traitement qui suit l'opération.

Cette quantité d'opium, à peu près 25 centigr., dans les 24 heures, tient la malade dans un état de calme, de demi-somnolence; elle peut prendre de la nourriture par la bouche et par le rectum et retomber ensuite dans le même état de demi-sommeil, sans sembler être troublée. Il est rare qu'il soit nécessaire d'augmenter la dose de quinine déjà mentionnée. Cette quantité, 2 gram. dans les 24 heures, avec les 50 centigr. donnés le soir et le matin qui précédèrent l'opération, produiront généralement leur effet spécifique dans les 36 ou 48 heures, juste au moment nécessaire pour introduire dans le sang ses propriétés médicamenteuses qui ont pour but de contrôler ou de modérer la pyrexie. J'ai pu constater qu'une quantité aussi minime qu'une dose de 2 gr. de quinine donnée de la manière ci-dessus, était suivie du *cinchonisme* complet avec réduction immédiate du pouls et de la température; mais, généralement il faudra le double ou le triple de cette quantité pour produire cet effet. Je suis convaincu que la raison pour laquelle ceux qui ont essayé la quinine et l'ont condamnée comme inutile pour combattre l'hyperpyrexie après l'ovariotomie, est qu'ils n'en ont pas commencé l'emploi assez tôt, et ne l'avaient pas combiné convenablement avec l'opium, ou ne l'avaient pas donné en quantité suffisante. Le désavantage d'attendre que la péritonite et la septicémie se soient développées, avant de commencer l'emploi du médicament et l'avantage de l'administrer de bonne heure, mélangé avec l'opium et par le rectum, sont si évidents qu'il me semble nécessaire d'en faire seulement ici mention.

Mais la quinine et l'opium ne sont pas les seuls remèdes que j'administre par le rectum après l'ovariotomie. L'eau-de-vie par doses variant de 30 à 120 gram. à 3 heures d'intervalle, peut être administrée avec de très grands avantages quand l'estomac est irritable et que la nécessité des stimulants se fait sentir.

Du genre d'aliments à employer après l'ovariotomie.

L'introduction des aliments par le rectum (alimentation rectale) est de la plus grande importance pour maintenir les forces vitales et obtenir les meilleurs résultats de l'emploi de la quinine et de l'opium, en contribuant à contrôler et à modifier la fièvre. Les aliments les plus appropriés à cet effet sont sans contredit, le « beef-tea » le bouillon de mouton, le bouillon de poulet et le jus de bœuf cru. Ce dernier est de beaucoup préférable, son efficacité excédant les autres formes de substances alimentaires déjà énumérées. Il est préparé premièrement en hachant très fin du bœuf, (par exemple 3 livres), et en mettant ce hachis dans un bol en bois et le triturant avec un pilon. On ajoute ensuite à peu près une tasse d'eau fraîche, et l'on continue la trituration. Ceci fait, on jette cette masse dans une passoire et tout le jus est exprimé dans un autre vase avec une partie de la fibre musculaire qui s'est échappée par les perforations de la passoire. Ensuite, le jus est passé à travers un tamis fin et est dépouillé de toutes les grosses particules de fibres qui autrement empêcheraient son passage à travers la seringue. On obtient ainsi 16 onces de jus qui contiennent, croit-on, les éléments nutritifs équivalents au tiers des 3 livres de bœuf employées. Pour le conserver, il faut le tenir sur la glace, et quand on veut s'en servir, il faut le chauffer sur une lampe à l'esprit de vin ou autrement. On peut administrer ce jus seul ou en combinaison avec de la pancréatine dans les proportions de 60 gr. du premier pour 4 gr. de cette dernière; une excellente émulsion résulte de ce mélange, qui donne à peu près la quantité à administrer à la fois. On doit en commencer l'usage trois heures après la première dose de quinine et d'opium, et on doit répéter ce lavement toutes les six heures. S'il y a, par cette injection, le moindre symptôme d'irritation au rectum au point de provoquer une selle, 12 ou 15 gouttes de la préparation d'opium déjà indiquée (liq. opii comp.) doivent être ajoutées. Alors, la quantité de ce médicament employé avec les injections de quinine doit être diminuée

dans les mêmes proportions, à moins que l'on ne sente la nécessité d'en employer plus de 100 gram. dans les 24 heures, ce qui n'est pas probable.

Quand l'indication le demande, l'eau-de-vie peut être administrée avec cette émulsion, en quantité variant de 30 à 120 gr. L'émulsion peut aussi être employée comme un véhicule pour la quinine et l'opium au lieu de l'eau acidulée, administrant de 15 à 30 gr. De cette manière, de 250 à 300 gr. de l'émulsion sont introduites dans l'économie dans les 24 heures, égalant 1/2 livre ou plus de bœuf.

Ainsi l'alimentation rectale, la médication et les stimulants sont administrés ensemble dans le but de donner le plus possible de nutrition et de force.

L'alimentation par la bouche, quand elle peut être tolérée, n'est pas moins importante que l'alimentation par le rectum. Je ne parle des fonctions digestives, quoique les plus naturelles, qu'en dernier parce qu'elles sont sujettes à être dérangées ou interrompues au commencement du traitement. L'estomac presque toujours irritable, par l'effet de l'anesthésie, pendant les première 6 ou 8 heures, ne peut être appelé à recevoir les médicaments et la nourriture pour fortifier l'économie, qu'avec des précautions et la plus grande prudence. En l'appelant à fonctionner trop tôt, nous sommes sujets à des malheurs irréparables. On ne peut pas avoir donc trop de prudence en choisissant telle nourriture et tels médicaments qui puissent être le mieux adaptés au but que l'on se propose, et en essayant avec eux les forces de l'estomac. En fait de stimulants, l'eau-de-vie, le whiskey et le vin de champagne sont les meilleurs et ceux que l'on peut le plus facilement obtenir. Quel que soit le stimulant choisi, il doit être donné en petite quantité et souvent répétée. Quand la tolérance de l'estomac est assurée et qu'il y a nécessité, la dose peut être graduellement augmentée, mais dans toutes les circonstances, on doit le faire avec précaution, sans quoi un temps précieux serait perdu. La même remarque peut être faite concernant tous les médicaments employés pour arriver à des indications spéciales dans le traitement secondaire.

Un grand discernement est indispensable pour choisir le régime alimentaire et en donner juste la quantité nécessaire. L'eau de riz, l'eau d'orge, le lait, le lait coupé avec l'eau de chaux, le beef-tea, le bouillon au lait, le bouillon de mouton sont les aliments sur lesquels ont doit compter.

De ceux-ci le lait seul, ou coupé avec de l'eau de chaux, ou sous forme de bouillie est l'aliment le plus utile et le plus sûr à employer en commençant le traitement qui suit l'opération. Donné avec les précautions mentionnées au sujet des stimulants, il est rare qu'il ne donne pas des résultats satisfaisants, quand surtout il doit être ajouté à l'alimentation régulière par les intestins. Le beef-tea et les bouillons sont aussi utiles après quelques jours et peuvent être alternés avec le lait, ou donnés seuls, selon les fantaisies du malade ou le désir du chirurgien de cesser l'alimentation rectale. Donnée par cuillerées à café ou par cuillerées à soupe et répétée toutes les demi-heures ou toutes les heures, une grande quantité des aliments ci-dessus mentionnés, peut être ingérée dans les 24 heures, sans troubler les fonctions de l'estomac et sans indisposer la malade. L'opérée étant toujours sous l'influence de l'opium donné par le rectum la sensibilité non-seulement de l'estomac, mais encore du canal alimentaire est maintenue dans un état de calme et son état de demi-somnolence est toujours entretenu. Les borborygmes et la tympanite, qui accompagnent sans cesse l'ovariotomie dans le traitement expectant, ne se montrent qu'à un bien faible degré, si surtout la malade est sous l'influence de la quinine et dans un état de semi-narcotisme. Ce sont des avantages qui ne peuvent pas être trop estimés dans le cours d'un traitement quelconque. Mon ami, M. le Dr A. Hadden, de cette ville, me dit avoir combattu avec autant de succès, par l'emploi du salicylate de soude, le météorisme de la fièvre typhoïde qui est un état à peu près analogue.

La prévention du choc sur le centre nerveux, après une opération importante, par une forte dose de quinine, ainsi que le conseille M. le Dr Hunter Guy de Richmond, trouve une explication sans nul doute dans les effets salutaires et profonds que

le remède produit sur le centre cérébro-spinal et sur le grand sympathique. Ce choc après l'ovariotomie, avec ou sans perte sérieuse de sang, est une cause fréquente de la mort soit immédiatement, soit plus tard, il n'y a pas le moindre doute. Que la quinine empêche ou diminue la tendance au choc dans les opérations capitales dans un grand nombre de cas, j'en suis persuadé par la grande expérience que j'ai eue, il y a de cela nombre d'années, alors que j'exerçais la chirurgie.

Ceci nous ramène à la narration des cas d'ovariotomie et je donne ici une série de six observations prises sans choix, au fur et à mesure qu'elles se présentaient dans mon service au Women's hospital, pendant une période de 11 mois. Par ce rapport on verra que je suis arrivé graduellement à mettre en pratique mon plan de traitement préparatoire et secondaire, et partant, on trouvera qu'il n'a été suivi à la lettre que dans une ou deux des dernières observations. L'originalité ou la nouveauté de ce traitement, et il peut être ainsi qualifié, consiste principalement dans l'emploi de la *quinine et de l'opium par le rectum*, dès l'origine, de plus à *fortifier l'économie par une alimentation buccale et rectale*, ou dans les combinaisons des deux moyens pour prévenir ou combattre la température trop élevée après l'ovariotomie.

Les résultats de ces six observations ont pour but de démontrer la valeur de ce traitement. Toutes les 6 opérations furent faites dans les deux petits pavillons situés sur le terrain alloué à l'hôpital, où les malades furent soignées jusqu'à ce que tout danger fut passé (8 ou 10 jours). Pendant une semaine après que l'opération avait été faite, c'est-à-dire pendant la période spéciale du traitement, les notes sur l'état du pouls et la température furent faites une fois toutes les trois heures. Mais pour rendre ces rapports aussi brefs que possible, cet état fut relaté deux fois seulement dans les 24 heures, vers 6 heures du matin et 6 heures du soir. La quantité de médicaments, de nourriture, de stimulants, etc., donnés à de longs et courts intervalles, et à des intervalles irréguliers, est marquée pour les 24 heures,

commençant et finissant à minuit. L'éther sulfurique fut l'agent anesthésique employé. (*A suivre.*)

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE

SUIVIE DE L'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE, OU OPÉRATION DE PORRO (*professeur à l'Université de Pavie.*)

Par le Dr Ad. Pinard.
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.

(SUITE ET FIN) (1).

DE L'AMPUTATION UTÉRO-OVARIQUE (2).

Sur 38 femmes ayant subi la section césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, 18 *ont guéri*, 20 *ont succombé*. Tels sont les chiffres dans leur ensemble nous allions presque dire dans leur brutalité. Peut-on et doit-on les dissocier, les catégoriser, avant d'en tirer des conséquences devant aboutir à un jugement? Il nous semble que ce serait tout au moins rationnel, car les éléments de cette statistique sont loin d'être similaires.

Ainsi, il y a cinq cas qui doivent être distraits de la masse; ce sont les cas de Storer, d'Inzani (obs. 2), de Hegar (obs. 3), de Franzolini (obs. 10) et de Tarnier (obs. 22).

L'opération avait été pratiquée dans les cas de Storer et de Tarnier chez des femmes ayant des tumeurs fibreuses remplissant l'excavation, or, l'on sait combien sont déplorables les résultats fournis par l'opération césarienne simple, dans ces cas. Il suffit pour s'en convaincre de lire le très remarquable mémoire lu à l'Académie de médecine, le 11 mai 1875, par le

---

(1) Voy. *Ann. de Gyn.*, novembre et décembre 1879.

(2) Parmi les quelques erreurs typographiques qui émaillent le précédent article il en est une que nous tenons à rectifier : c'est celle qui nous fait appeler, p. 416, 6e ligne, Alphonse Newgatt, notre excellent ami Alphonse Herrgott, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.

Dr Cazin, de Boulogne (1) et que nous sommes très heureux de citer ici.

Le cas d'Inzani, qui est relatif à une femme ayant un énorme ostéo-sarcome remplissant l'excavation, ne peut être considéré comme un des éléments normaux d'une bonne statistique. Il en est de même pour le cas de Hegar, où ce chirurgien pratiqua l'amputation utéro-ovarique chez une femme éclamptique. Quant à l'opérée de Franzolini elle était mourante au moment de l'opération, et pourrait presque être rangée parmi les cas d'opération césarienne *post mortem*.

Il reste donc 33 cas : sur ces 33 cas, nous connaissons l'état de 29 femmes au moment de l'opération; les renseignements nous manquent à propos des cas de Previtali, de Maternita, de Prévost (de Moscou) et du Dr X... (de Moscou). Devons-nous les distraire également? Nous le devrions peut-être afin de juger en toute connaissance de cause, mais nous ne le ferons point de peur d'être accusé de partialité en faveur de l'opération de Porro.

Examinant ces 33 cas, nous trouvons 18 succès et 15 morts (2), soit :

Succès, 54,5 pour 100.

Insuccès, 45,4 pour 100.

Assurément, si nous voulions étudier de plus près encore les éléments de cette statistique, nous pourrions, en examinant l'état de chaque femme avant l'opération, le moment du travail

(1) *De l'opération césarienne en cas de tumeurs fibreuses remplissant l'excavation.*

(2) Si nous recherchons la cause de la mort dans ces cas nous trouvons : la péritonite notée 10 fois, l'hémorrhagie, 1 fois; le collapsus, 1 fois; le tétanos, 1 fois, les renseignements nous manquent sur les deux autres cas. Nous voyons que là encore comme dans l'opération césarienne, la péritonite joue le plus grand rôle. Mais ce qu'il est curieux de faire remarquer, c'est que la commotion nerveuse, le *choc*, observés d'une façon relativement fréquente dans l'opération cesarienne (30 fois, dans les 123 observations de Kayser) ne l'ont été qu'une seule fois dans l'amputation utéro-ovarique. A priori on eût pu penser le contraire.

où l'opération a été pratiquée, les incidents ou les accidents qni se sont produits pendant ou après l'opération, etc., créer des catégories et donner par cela même à de nouveaux résultats une éloquence particulière. Mais ne voulant pas triturer les statistiques jusqu'à l'obtention de chiffres ayant pour signification un résultat désiré, caressé, comme cela est arrivé à un trop grand nombre d'auteurs, nous envisagerons simplement les faits, après les avoir enregistrés avec la plus grande impartialité, et nous dirons :

Sur 33 *femmes ayant subi l'opération de Porro, presque toutes dans les Maternités des grandes villes,* 15 *sont mortes,* 18 *ont guéri. L'opération césarienne antique a-t-elle jamais donné un résultat semblable? Non.*

Resterait maintenant à rechercher dans ces succès, quelle part doit appartenir à l'amputation utéro-ovarique, quelle autre doit revenir au pansement antiseptique.

Ce point, qui sera toujours difficile à élucider d'une façon précise, ne peut être étudié à l'heure actuelle. Contentons-nous de savoir qu'avec le pansement antiseptique, en enlevant l'utérus et les ovaires, on peut sauver les femmes dans plus de la moitié des cas, et cela non pas seulement à la campagne, mais même dans les Maternités situées au milieu des grandes villes.

Cependant, pour qu'on ne se méprenne point sur notre pensée, nous ajouterons que si, dans un milieu sain on pourrait, croyons-nous, se passer du nuage phéniqué et autres accessoires appartenant au pansement officiel de Lister, il n'en serait pas de même de l'amputation utéro-ovarique. C'est là, selon notre conviction intime, le complément *nécessaire*, *absolu* de la section de l'utérus gravide. Par ce fait on supprime d'abord tout danger d'hémorrhagie. D'autre part, en débarrassant l'opérée d'un organe, qui, après l'accouchement est le siège d'une suractivité fonctionnelle dont on ne retrouve nulle part l'analogue au point de vue de l'intensité qui, à l'état normal, déverse au dehors des flots de liquide plus ou moins septique et qui, après la section, non-seulement produit les mêmes liquides, mais en produit davantage par le fait du traumatisme,

et est exposé non pas à les déverser au dehors, mais à les laisser filtrer dans la grande séreuse péritonéale, on rend les dangers d'infection infiniment moindres.

Maintenant qu'elles sont les règles à suivre pour amputer l'utérus et les ovaires? Doit-on après la section de la paroi abdominale inciser l'utérus *in situ*, extraire l'enfant, et lier et couper consécutivement le pédicule utérin? Doit-on, au contraire, comme l'ont conseillé Rein et Muller, faire saillir l'utérus à travers la paroi abdominale, lier les vaisseaux des ligaments larges ou appliquer une ligature en masse sur la partie inférieure de l'utérus avant d'inciser cet organe? Ce sont des points sur lesquels notre inexpérience nous fait un devoir de ne pas porter de jugement.

Certes on devra toujours éviter autant que possible la perte de sang qui est considérable surtout dans les cas où le placenta est incisé sur la paroi antérieure de l'utérus, mais est-il toujours possible de faire passer l'utérus à travers la plaie abdominale? La ligature des vaisseaux qui des ligaments larges vont à l'utérus est-elle suffisante pour amener l'hémostase? Ne vaudrait-il pas mieux appliquer suivant la méthode d'Esmarch une bande élastique sur le segment utérin inférieur? Autant de questions qu'il appartient à l'avenir de résoudre, car les quelques cas où ces différents moyens ont été employés ne sont pas encore assez nombreux pour entraîner la conviction en faveur de l'un ou de l'autre.

Nous ne discuterons pas davantage, pour les mêmes raisons, la question de savoir quel est le meilleur manuel opératoire à suivre dans la confection du moignon, quelle longueur ce moignon doit mesurer; si l'on doit le fixer à l'angle inférieur de la plaie abdominale ou l'abandonner dans la cavité abdominale; s'il est possible ou non de placer des drains, détails très importants il est vrai, mais que l'expérience seule apprendra à conserver ou à abandonner. C'est quand toutes ces questions seront résolues que les résultats heureux, nous l'espérons, dépasseront de beaucoup ceux qui ont été obtenus jusqu'à présent.

Mais nous ne pouvons discuter des résultats futurs, nous de-

vons étudier ceux que la science possède et qui déjà sont assez nombreux pour que nous considérions l'audacieuse conception de Porro comme une magnifique conquête, bien qu'elle aboutisse à une épouvantable mutilation. Nous jugeons cette opération une conquête, puisqu'elle permet de conserver la vie dans certains cas, nous trouvons la mutilation épouvantable, puisqu'elle enlève à la femme tous les organes de la maternité !

Aussi est-ce en présence de ces deux idées que nous allons aborder le chapitre le plus palpitant, le plus périlleux de notre mémoire, celui des *indications* de cette opération.

Des indications de l'amputation utéro-ovarique.

En raison de ce qui précède, il sera facilement admis par *tous* les accoucheurs que dans tous les cas où l'utérus sera sectionné pour en extraire l'enfant, cet organe devra être enlevé consécutivement.

C'est là, croyons-nous, une règle générale qui devra être admise dorénavant et qu'il était bien facile de formuler. Mais ce qui est plus grave, c'est de savoir dans quelle circonstance on doit sectionner l'utérus.

Pour étudier cette redoutable question, nous allons envisager les trois cas suivants :

1° *Le bassin ne permet pas de pratiquer l'embryotomie* (1);

2° *Le bassin permet de pratiquer l'embryotomie mais mesure moins de 7 centimètres;*

3° *Le bassin mesure 7 centimètres et plus.*

Nous ne faisons pas entrer dans l'exposé du problème les cas où l'on se trouve en face de tumeurs de nature diverse obstruant plus ou moins la filière pelvienne. Chacun de ces cas devra être laissé à la sagacité, à l'expérience du médecin, et il n'est possible de formuler à cet égard que le précepte suivant : *Quand la tumeur est reconnue d'une façon bien certaine de nature maligne, comme dans le cancer de l'utérus, quand de plus le fœ-*

(1) Ici nous comprenons sous le nom d'embryotomie : le broiement, le sciage du fœtus.

tus est viable et vivant, l'on doit entreprendre l'opération qui donne le plus de chance de succès pour l'enfant.

Examinons maintenant les trois cas supposés.

1° *Le bassin ne permet pas de pratiquer l'embryotomie.*

Et d'abord quel est le bassin qui ne permet pas de pratiquer cette opération ?

Celui dont le rétrécissement est tel que les instruments ne peuvent passer, dit le professeur Pajot.

Ici la réponse est simple et unique ; que l'enfant soit mort ou vivant, il n'y a qu'une seule chose possible : l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.

2° *Le bassin permet de pratiquer l'embryotomie, mais mesure moins de 7 centimètres.*

Dans cette circonstance, deux cas peuvent se présenter: *a*). l'enfant est mort; *b*). l'enfant est vivant.

a). L'enfant est mort. L'organisme maternel, devant être débarrassé de ce corps étranger représenté par le corps du fœtus, sera-t-il plus exposé par le fait de l'embryotomie que par l'opération de Porro ? Telle est la première question qui doit être examinée.

Si nous faisons appel aux statistiques, nous constatons dans les rétrécissements extrêmes, c'est-à-dire alors que le bassin mesure moins de 66 millimètres, les résultats suivants :

	Embryotomie à l'aide		
	du céphalotribe sur 24 cas	du forceps scie sur 33 cas	du transforateur. sur 14 cas
Morts..............	44.16 0/0	18.18 0/0	14.28 0/0
Accidents principaux	8.33 0/0	33.33 0/0	15.28 0/0
Couches normales...	37.51 0/0	48.48 0/0	71.42 0/0 (1)

Nous voyons ici le céphalotribe donner des résultats bien inférieurs au forceps-scie et surtout au transforateur. Faut-il en accuser l'instrument ou la manière dont on s'en est servi ? Nous croyons la dernière supposition vraie, car le professeur Pajot obtint en pratiquant *la céphalotripsie répétée sans traction*, dans

(1) Nous empruntons cette statistique à M. le Dr Eug. Hubert qui l'a publiée dans un travail intitulé : *De la transforation du crâne*, lu au Congrès des sciences médicales de Bruxelles.

les bassins les plus étroits, en présence des plus graves difficultés, six succès sur huit cas, et l'une des femmes mortes ayant une rupture de l'utérus *avant* son arrivée.

Le forceps-scie et le transforateur ont donné entre les mains des accoucheurs belges des résultats très beaux sur lesquels nous appelons l'attention. Ces succès sont-ils dus à l'habileté des opérateurs? au milieu dans lequel étaient les opérées? ou à la supériorité intrinsèque des instruments? Nous ne savons, mais en tout cas, ces résultats, que nous sommes heureux de signaler, doivent donner à réfléchir.

Ainsi, en mettant en regard les résultats obtenus à la suite de l'embryotomie et de l'opération de Porro, nous voyons une différence en faveur de l'embryotomie.

Il est vrai que nous nous trouvons là encore, en face de chiffres qui ne peuvent donner une appréciation exacte des résultats, et il sera presque toujours impossible de connaître la réalité quand on voudra rechercher les résultats de l'embryotomie.

En effet, dans les belles statistiques de Lauth, de Hyernaux, de Eug. Hubert, est-ce que nous trouvons toujours tous les renseignements désirables concernant tous les cas? Le degré *exact* du rétrécissement et la conformation de la filière pelvienne, le poids de l'enfant, etc.? Et puis, est-ce que le rétrécissement, bien que dominant la scène, est le seul facteur qui puisse faire varier les chances de succès ou d'insuccès? Est-ce que les présentations, les positions n'ont pas aussi une influence? Est-ce que l'état de la femme au moment de l'opération est indifférent? L'on voit d'ici la difficulté, l'impossibilité d'arriver à quelque chose de précis, au point de vue des statistiques concernant l'embryotomie.

Avec l'opération de Porro il n'en est pas ainsi, quel que soit le degré du rétrécissement, quelle que soit l'attitude du fœtus dans l'utérus, l'opération reste la même, le manuel opératoire ne varie point et le traumatisme voulu est limité pour ainsi dire au gré de l'opérateur; le terrain seul sur lequel on opère peut influencer, et s'il ne peut toujours être préparé, amélioré, il peut au moins être toujours connu.

On comprend donc la difficulté de conclure après l'examen même minutieux des statistiques connues. Cependant, dans les bassins mesurant moins de 7 centimètres, l'enfant étant mort, nous n'hésiterons pas à donner aujourd'hui encore la préférence à l'embryotomie.

D'une part, les résultats bruts sont en sa faveur et d'autre part, laissant à la femme tous les organes et attributs de la maternité, une nouvelle grossesse sera possible, et si elle se produit et que l'avortement ne soit pas provoqué à temps, on pourra dans ces nouvelles circonstances pratiquer l'opération de Porro en ayant la certitude d'obtenir un enfant vivant. Cette manière de voir pourra être discutée pour les bassins de 4 à 5 centimètres, mais nous la croyons rationnelle pour les bassins de 5 à 7 centimètres.

Le seul cas où nous serions peut-être d'un avis contraire serait celui offert par une femme atteinte d'ostéo-malacie. On sait, en effet combien l'état particulier dans lequel se trouve la femme pendant la grossesse, a d'influence fâcheuse sur la marche de l'ostéo-malacie ; or, en enlevant l'utérus et en supprimant par cela même toute grossesse future, on placerait la femme dans de meilleures conditions pour l'avenir.

b). L'enfant est vivant. Ici la question peut encore être discutée. Ainsi que nous le disions tout à l'heure, il y a plus de chances pour la femme qui subit l'embryotomie que pour celle qui subit l'opération de Porro. Mais la différence est légère, et nous avouons qu'en face d'un enfant bien vivant et bien viable, il est permis d'hésiter.

Et aujourd'hui, rien ne nous étonnerait moins que de voir des accoucheurs instruits, dépourvus de tout préjugé, suivre une conduite opposée en face d'un cas semblable.

Les uns, adroits, ayant l'habitude des opérations, se rappelant leurs succès précédents, imprégnés de cette terreur légendaire, et disons-le bien haut, légitime, qu'éprouve chaque accoucheur à l'idée d'ouvrir le ventre d'une femme enceinte, confiants dans leur habileté, pratiqueront l'embryotomie.

Les autres, peut-être aussi habiles, mais ayant été moins

heureux dans leurs précédentes opérations, se rappelant les difficultés éprouvées, ayant plus présents à l'esprit les cas heureux d'ovariotomie et d'hystérotomie, que les cas malheureux d'opération césarienne, confiants dans l'opération de Porro et le pansement antiseptique, pratiqueront l'amputation utéro-ovarique.

Lesquels ont raison? Il y a trois ans nous aurions répondu bien vite et bien affirmativement.

Aujourd'hui nous pensons qu'il est sage d'attendre des travaux, des recherches, des faits nouveaux, avant de louer les uns et de blâmer les autres.

3° *Le bassin a 7 centimètres et plus.*

Dans ces cas l'opération de Porro doit-être *rejetée*, que l'enfant soit mort ou qu'il soit vivant. En effet :

1° Dans un bassin offrant ces dimensions, l'embryotomie fait courir à la femme des dangers bien moindres que dans les rétrécissements extrêmes. Opérant à temps et opérant bien, la femme étant placée dans un milieu sain, la guérison doit être la règle;

2° L'on peut et l'on doit dans ces bassins, pratiquer l'accouchement prématuré avec l'espoir légitime d'obtenir des enfants viables. Si l'incurie des femmes ou l'ignorance d'une sage-femme ou d'un médecin ont pu placer une fois l'opérateur dans la cruelle nécessité de sacrifier l'enfant, ce fait ne doit plus se renouveler lors d'une grossesse consécutive.

Ce ne serait que dans les cas où le bassin mesurant 7 centimètres exactement, ou après plusieurs accouchements prématurés n'ayant pas permis la naissance d'un enfant vivant, que l'accoucheur se trouverait peut-être autorisé à laisser une nouvelle grossesse aller à terme et à pratiquer l'amputation utéro-ovarique.

Enfin, il est une autre indication qui a été déjà soulevée par Alessandrini (1) et qui mérite de nous arrêter un instant. Doit-on dans les cas de rupture de l'utérus pratiquer l'ampu-

(1) *Ann. univ. di med.*, 1879. Milano.

tation utéro-ovarique? En face des résultats consignés dans l'excellent travail de Jolly Jacques (1) nous pensons que cette question doit-être résolue par l'affirmative. Si l'ouverture de la cavité abdominale et le simple nettoyage de cette cavité ont donné de meilleurs résultats que l'expectation, *a fortiori*, l'amputation utéro-ovarique doit-elle réussir.

Toutes ces indications et contre-indications qui du reste ne seront pas admises par tous (nous n'avons pas la suffisance de le croire), seront probablement, nous pourrions écrire certainement modifiées dans l'avenir. Aujourd'hui avec les résultats connus de l'amputation utéro-ovarique, elles nous paraissent rationnelles.

Que l'opération de Porro devienne un jour dans tous les cas moins dangereuse que l'embryotomie, personne ne le désire plus vivement que nous, car alors nous n'aurons plus de demi-victoires et nous réaliserons plus souvent l'idéal de Levret en sauvant à la fois et la mère et l'enfant, mais tant qu'un sacrifice sera nécessaire, nous l'écrivons en face de notre femme et de notre fille, nous sacrifierons l'enfant (2).

---

(1) Th. de Paris, 1871.

(2) Depuis la publication de la deuxième partie de notre mémoire nous avons appris les renseignements suivants :

1° Le cas de Maternità que nous avions cité d'après Berruti n'a jamais existé. Le professeur Chiara a eu l'obligeance de nous signaler cette erreur.

2° Le Dr Previtali, accoucheur en chef à l'hôpital de Bergame, nous informe qu'il a pratiqué non pas une fois l'amputation utéro-ovarique, mais bien trois fois.

La première le 25 avril 1877, signalée dans notre statistique.

La deuxième le 30 décembre 1878.

La troisième le 3 mai 1879.

Seulement nous attendons les observations que nous ferons connaître à nos lecteurs dès que nous les posséderons.

3° Le Dr Lucas-Championnière a pratiqué deux autres opérations de Porro, l'une suivie de mort, l'autre de guérison. Nous publierons également ces observations. A. P.

ÉTUDE
SUR
LES TROUBLES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL
CONSÉCUTIFS
AUX AFFECTIONS DIVERSES DE L'APPAREIL UTÉRO-OVARIEN

Par le Dr V. de Fourcauld,
Ancien interne à Saint-Lazare et à la Santé, etc.

(SUITE ET FIN) (1).

CHAPITRE V

NÉVROSES CÉRÉBRO-SPINALES SYMPATHIQUES

§ I. — *Hystérie.*

Le professeur Jaccoud a fait remarquer, dans son beau *Traité de pathologie interne*, que le fonctionnement régulier de l'appareil nerveux dépend de la subordination naturelle de l'activité spinale à l'activité cérébrale.

Or dans l'hystérie cet équilibre est rompu toujours au profit de la moelle. C'est pour cela que l'hystérie ne peut être qualifiée de névrose spinale, tout simplement.

C'est surtout au moment de la puberté que se développe l'hystérie, car c'est à cette époque que « l'activité nerveuse est concentrée dans les sphères inférieures de l'animalité, et favorise ainsi l'affaiblissement de la volonté et des facultés cérébrales supérieures. »

Je n'ai en vue, dans ce paragraphe, que les cas d'hystérie di-

(1) Voyez *Annales de gynécologie*, septembre 1879, page 248.

rectement liés aux troubles de l'apparei utéro-ovarien et ces cas sont si fréquents que beaucoup d'auteurs ont fait de l'utérus et de ses annexes le siège exclusif de l'hystérie. Cette interprétation me paraît fausse. Ce qu'il faut dire, c'est que l'appareil génital est le siège le plus habituel des causes somatiques, qui toutefois peuvent siéger ailleurs.

Le premier établissement de la menstruation est une source fréquente de phénomènes hystériques; j'en ai vu un bel exemple sur une jeune fille de 15 ans, dont les règles avaient de la peine à se montrer. Dès que la menstruation devint régulière, et ce résultat fut obtenu au bout de trois ou quatre mois, les crises cessèrent. Cette jeune fille est bien réglée aujourd'hui et depuis l'époque précitée l'hystérie n'a pas reparu.

Les troubles de la menstruation, l'aménorrhée, la dysménorrhée peuvent donner lieu à des accès hystériques. On en trouvera des observations dans l'ouvrage de Duparcque (1).

Il en est de même de la conception, de la puerpéralité et de la lactation.

Toutes les lésions de l'utérus et de ses annexes peuvent être suivies d'hystérie sympathique; mais il est à remarquer que ce sont surtout les irritations chroniques et les déplacements qui donnent lieu à cette complication, tandis que les corps fibreux et les maladies franchement aiguës ont une influence insignifiante.

La ménopause peut avoir un certain rôle dans la production de l'hystérie, mais les observations que nous possédons sur ce point sont rares et pour la plupart incomplètes. D'après M. Barié, en rassemblant 854 faits de Georget, Briquet, Beau et Landouzy, on peut les répartir de la façon suivante au point de vue de l'âge.

De 10 à 25 ans, 574 cas.

De 40 à 50 ans, 21 cas.

Le meilleur traitement à opposer à l'hystérie sympathique est celui de l'affection utérine à laquelle elle doit naissance. Il ne

(1) *Maladies de la matrice*, 1838.

faut pas cependant renoncer aux calmants et aux antispasmodiques.

Parfois, quoique très rarement, l'hystérie survit à la cause qui lui a donné naissance et devient en quelque sorte idiopathique.

Je n'ai jamais employé le qualificatif de symptomatique dont M. Nonat se sert volontiers. C'est que pour moi, l'hystérie liée comme effet à une affection utérine, ne peut être considérée comme un symptôme.

Dans la majorité des cas, elle se montre en effet quand la maladie est à sa période d'état. Il est bien entendu que je fais exception pour les cas où l'hystérie existait avant la production du trouble utérin.

§ II. — *Epilepsie.*

Je ne pas connais de faits authentiques permettant d'affirmer que les affections utérines peuvent amener de l'épilepsie sympathique.

Théoriquement, il n'y a rien d'impossible, mais à défaut d'observations nettes, il vaut mieux garder le silence sur ce point. En revanche, il n'en est pas de même pour les troubles du système utéro-ovarien.

L'influence de la menstruation sur la production de l'épilepsie qu'on doit considérer dans ces cas comme sympathique, est réelle et reconnue de tous. Dans une très curieuse monographie, M. Marotte a signalé des cas intéressants prouvant le rapport que je viens de signaler (1).

On trouve dans Barnes l'observation suivante (2) :

Observation I (Barnes).

Une jeune femme m'a souvent consulté depuis l'âge de 16 ans ; elle n'avait jamais eu de crise dans son enfance ; à 14 ans, elle vit paraître

(1) *Rapport de l'épilepsie avec la menstruation*, 1857.
(2) *Traité clinique des maladies des femmes*, 1876.

ses règles; la menstruation devint irrégulière, elle eut des accès épileptiques. L'application de sangsues à la partie interne des cuisses, aux époques menstruelles, et l'administration du bromure de potassium améliorèrent de beaucoup son état, et quand elle fut menstruée régulièrement, elle n'eut plus de crises.

Voici une autre observation due à Négrier.

Obs. II (Négrier).

X..., âgée de 21 ans, d'une bonne santé, qui n'avait jamais été réglée a été prise il y a dix mois de coliques lombaires.

Après plusieurs attaques semblables, elle fut prise de convulsions. Depuis lors, vers le 11 ou le 12 de chaque mois, elle était prise d'attaques convulsives. Les coliques lombaires précédaient toujours les attaques.

Elle n'eut jamais d'hémorrhagie par le vagin.

Elle était vierge, on ne pouvait sentir qu'un utérus rudimentaire du volume d'une noix.

L'influence de la ménopause sur la production de l'épilepsie sympathique ne peut être mise en doute.

Moreau a démontré que la suppression du flux menstruel a été la seule cause d'épilepsie chez 9 femmes sur 529 épileptiques (1). Bouchet et Cazauvieille l'ont signalée 2 fois sur 69 malades (2). Beau l'a rencontrée 5 fois sur 232 cas (3).

Voici du reste des observations que j'emprunte au mémoire déjà cité de M. Barié.

Obs. III (Pinel) (4).

Mme X..., âgée de 60 ans, d'une constitution robuste, fut toujours bien portante jusqu'à l'âge de 45 ans, époque de la cessation des

(1) *Arch. de méd.*, 1826.

(2) *Recherches statistiques sur l'hystérie et l'épilepsie*, 1836.

(3) *Médecine clinique*, 1815.

(4) *Etiologie de l'épilepsie*, 1854.

menstrues. A cette époque, elle eut des attaques épileptiques qui se renouvelèrent presque tous les jours pendant un an, et puis ne reparurent que tous les deux mois. Depuis cette époque, elle était sujette à une affection paralytique imparfaite.

OBS. IV (Pinel).

Une femme de 87 ans, jouissant de toute l'intégrité de ses fonctions intellectuelles, bien menstruée et de parents non épileptiques, commença à éprouver à l'époque de la cessation de ses règles, des accès épileptiques revenant à peu près tous les mois.

On trouvera un certain nombre d'observations intéressantes, dans les auteurs qui ont écrit sur la matière.

En voici une assez curieuse.

OBS. V (Radcliffe) (1).

Une femme fut sujette à des attaques répétées d'épilepsie au moment de la puberté. Malgré l'avis des médecins elle se maria et devint mère de plusieurs enfants. Les crises épileptiques revinrent au moment de la cessation définitive des règles.

Quoique l'épilepsie sympathique soit une affection grave, la science possède plusieurs cas de guérison.

§ III. — *Paralysies*,

On a nié les paralysies sympathiques des affections de l'utérus, ou mieux les paraplégies, car dans la majorité des observations que j'ai lues et étudiées le membre inférieur est seul atteint.

Malgré l'opinion d'Aran qui déclare n'en avoir jamais rencon-

(1) *Epileptic and other convulsive affections of the nervous system.*

tré; malgré la remarque identique de M. Gallard (1), quoique personnellement il ne m'ait pas été donné d'en observer, l'existence de cette complication me paraît certaine. Il existe en effet des faits fort bien étudiés, qu'ont publiés des hommes considérables dans la science.

La classification que propose M. Barié, dans son étude déjà citée plusieurs fois, peut être étendue, à mon avis, aux troubles autres que ceux qu'amène la ménopause. Voici du reste cette classification :

Paraplégies par troubles de la circulation. (Pléthore sanguine. Hémorrhagies.)	1. Paraplégie congestive. 2. Paralysie ischémique.
Paraplégies par troubles de la circulation.	1. Paraplégie d'origine périphérique. 2. Paralysie hystérique.

En présence de l'opinion négative d'Aran et de M. Gallard, il est nécessaire de faire parler les auteurs qui ont été à même d'observer ces paralysies.

Voici les observations les plus concluantes choisies et résumées.

Les troubles de la menstruation occupent la première place.

Observation I (Desfroy. — M. Barié) (2).

Une jeune femme de 28 ans, étant au moment de l'écoulement menstruel, traverse l'eau d'une source; les règles se supprimèrent brusquement; en même temps cette jeune femme éprouva de violentes douleurs dans la région lombaire, accompagnées d'engourdissement puis bientôt de paralysie des membres inférieurs et de la vessie.

L'application de dix-huit sangsues à la vulve et des fomentations sur les lombes la guérirent complètement au septième jour.

---

(1) *Leçons cliniques sur les maladies des femmes.*

(2) *Essai sur l'inflammation de la moelle épinière*, 1813.

OBS. II (*idem*).

Chez une jeune fille de 12 ans, il se développa des poussées congestives périodiques vers le rachis au moment des phénomènes précurseurs de la menstruation. Un coup violent porté par hasard sur le nez provoqua une épistaxis considérable. A partir de ce moment les accidents cessèrent peu à peu.

OBS. III (Peter) (1).

Une jeune fille de 22 ans, non hystérique, avait tenté de s'empoisonner. Un médecin lui fit prendre un éméto-cathartique à la suite duquel ses règles qui coulaient depuis deux jours s'arrêtèrent brusquement. Le lendemain, elle accuse des fourmillements dans les membres inférieurs, de la douleur dans les lombes et ne peut se tenir sur ses jambes.

Le troisième jour on la fait lever, elle marche en traînant les jambes et soutenue par une infirmière. Nous avons affaire à une paraplégie évidente mais incomplète.

La ménopause a une influence non moins certaine sur la production de ces paralysies sympathiques.

En voici plusieurs exemples résumés.

OBS. IV (Ollivier d'Angers) (2).

Mme X..., âgée de 49 ans, a cessé de voir paraître ses règles avec la même exactitude depuis un an. A partir de cette époque, elle éprouve des accidents dont voici les symptômes.

Sans aucune cause appréciable, elle ressent une douleur cuisante

(1) *Clinique de Saint-Antoine*, 1876.

(2) *Maladies de la moelle épinière*, 1827-1873.

qui part de la moitié supérieure du dos et qui se propage aux deux bras. Les mouvements des doigts sont difficiles d'abord, puis impossibles. Cette paralysie incomplète est accompagnée d'un engourdissement général des deux membres. Ces accidents durent pendant une heure environ. Il semble qu'un filet d'eau glacée descend des reins dans les membres inférieurs qui perdent à leur tour la force de soutenir la malade.

Ces attaques de paralysie successive des membres supérieurs et des inférieurs se renouvellent plusieurs fois dans la même journée et durent ainsi quatre ou cinq jours. Grâce à l'application de sangsues sur la région douloureuse du dos, en même temps que des bains tièdes et fréquents et quelques lavements purgatifs diminuèrent la fréquence des accidents.

Obs. V (Barié, résumée).

La nommée T..., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 9 avril 1874. Menstruation régulière autrefois; depuis dix mois elle ne voit plus ses règles et n'a que de temps à autre un léger écoulement leucorrhéique rosé. A partir de la cessation, migraine, céphalalgie.

Il y a six mois, la malade qui avait fait de longues courses dans la journée, éprouva le soir des fourmillements dans le membre inférieur droit. Deux ou trois jours après, elle éprouva de vives douleurs dans les lombes et dans la cuisse droite; elle pouvait à peine marcher.

Quinze jours se passèrent ainsi, les douleurs vives disparurent, mais la malade constata qu'elle ne pouvait plus se tenir sur la jambe droite sans le secours d'un bâton. Bientôt elle ressentit des piqûres, des sensations de froid et des élancements dans le membre inférieur gauche. Bientôt encore il lui fut impossible de marcher sans être soutenue sous les bras.

La malade quitta l'hôpital pour aller dans son pays. Sous l'influence de ventouses appliquées le long du rachis et de l'électrisation, il est survenu une très légère amélioration.

Obs. VI (Barié résumée).

La nommée G..., âgée de 56 ans. entre à la Pitié le 2 juillet 1875.

Depuis le mois de janvier elle n'a plus ses règles, mais chaque mois à l'époque correspondante, elle éprouve des douleurs lombaires, des coliques, etc. Ces troubles sont accompagnés d'un léger écoulement leucorrhéique. Il y a environ un mois, en traversant une rue, sensation de faiblesse dans le membre inférieur gauche. Elle est obligée e s'appuyer sur le bras d'une personne. Le soir, mêmes symptômes, mais ce sont les deux jambes qui fléchissent. Le 1er juin, sensation d'engourdissement dans le membre inférieur gauche. Enfin, depuis quelques jours, fourmillement, sensation de lourdeur, de faiblesse dans la jambe et la cuisse droite.

On fit une révulsion énergique sur la colonne vertébrale, et le 20 la malade sortit très notablement améliorée. Elle pouvait marcher seule en s'appuyant sur une canne et avançait à petits pas.

Obs. VII (Barié, résumée).

La nommée E..., âgée de 48 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 18 septembre 1874. Depuis cinq mois la malade n'a pas revu ses règles, mais elle perd un peu en blanc; douleurs dans les lombes et le haut des cuisses.

Depuis le mois de mai, ses jambes fléchissent sous elle, et vers le 15 septembre, les deux jambes sont paralysées; celle du côté droit est plus lourde et plus engourdie. Ventouses parallèles au rachis. Vésicatoire à la région lombaire. Douches.

25 octobre. La malade demande sa sortie. La marche est toujours difficile. Il y a néanmoins une grande amélioration, surtout pour la jambe gauche. Les douleurs lombaires ont disparu.

Obs. VIII (Peytard) (1).

B..., 40 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 16 janvier 1866. En novembre 1865, l'écoulement menstruel fut plus long que d'habitude. Elle perdit pendant une vingtaine de jours.

Le 12. La malade ayant trempé ses mains dans l'eau froide, le sang

(1) *Congestions rachidiennes de causes menstruelles*, 1867.

cessa brusquement de couler. Rachialgie, douleurs en ceinture; le lendemain elle veut se lever, ses jambes fléchissent et elle tombe. Elle ne peut marcher seule. Ventouses scarifiées le long du rachis. Pilules écossaises.

Les règles ne revinrent régulièrement que trois mois plus tard et jusqu'à cette époque l'état resta stationnaire,

Le 17. Réapparition des règles, qui coulent jusqu'au 25. Amélioration.

Le 18. Marche impossible.

Les règles venues le 19 cessent le 22. Amélioration des douleurs lombaires.

Le 27. La sensibilité est revenue, mais elle n'a pas encore son intégrité complète. La malade marche avec un bâton en traînant la jambe droite.

3 juillet. Eruption d'urticaire aux jambes. La paralysie s'améliore, la malade marche en frappant le sol du pied droit. Sortie.

Obs. IX (Wolff, de Bonn, in Leroy d'Etiolles).

Mme M..., âgée de 50 ans, n'est plus réglée depuis huit ans; depuis cette époque, leucorrhée très abondante, engorgement du col et de la paroi postérieure de la matrice. Il survient bientôt de la paresse des membres inférieurs, qui va croissant jusqu'à empêcher la marche. Mais si la malade est couchée sur le dos, les membres inférieurs ne sont pas gênés. La sensibilité des extrémités supérieures reste normale. Douleurs vives dans la région sacrée. Pendant quelques mois, Mme M... suivit un traitement; l'engorgement de l'utérus diminua et avec lui la faiblesse des extrémités inférieures qui redevinrent aussi fortes qu'auparavant.

Les diverses affections utérines peuvent aussi amener des paralysies sympathiques.

Lisfranc (1), Esnault (2), Escheverria (3), en ont rapporté plusieurs exemples.

---

(1) *Clinique chirurgicale de la Pitié*, t. II.

(2) *Paralysies symptomatique de la métrite et du phlegmon utérin*, 1857.

(3) *New-York medical Times*, 1863.

Voici quelques observations empruntées à M. Nonat (1).

Obs. X (Nonat, résumée).

Rosalie Thouvignon, âgée de 22 ans; à l'âge de 16 ans apparitions des règles avec douleurs intenses.

A 21 ans, grossesse pénible et accouchement difficile. Six semaines après elle entre à l'hôpital Necker.

Malgré le traitement suivi, les souffrances s'accroissent et amènent des crises nerveuses hystériformes.

Le 6 juillet 1857, elle entre à la Charité, service de M. Nonat.

Rétroversion avec abaissement de l'utérus. A gauche petite grosseur paraissant formée par l'ovaire congestionné. En arrière et à droite tumeur assez volumineuse, nettement séparée de l'utérus.

Le 16. Cathétérisme utérin, suivi d'une paralysie complète de la jambe droite. Elle disparaît au bout de cinq ou six jours. Un peu plus tard le cathétérisme est de nouveau pratiqué sans accident. La paralysie des membres inférieurs va en augmentant. Enfin après quelques oscillations et sous l'influence d'un traitement approprié, les mouvements et la sensibilité reviennent progressivement dans les membres paralysés. Les règles reviennent normalement et la malade sort guérie.

Obs. XI (Nonat, résumée).

Adèle Laurent, âgée de 28 ans, atteinte de phlegmasie périutérine chronique à droite, présente de la paralysie du même côté. Après un traitement comprenant des émissions sanguines, des bains, des vésicatoires et l'emploi de l'iodure de potassium, elle arriva à une guérison parfaite. A mesure que l'affection utérine diminuait, la paralysie elle-même diminuait dans le même rapport.

Obs. XII (Nonat, résumée).

La nommée Marie W..., âgée de 30 ans, atteinte de métrite interne,

(1) Nonat et Linas. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, etc., 1874.

et de phlegmasie périutérine chronique, présente une paralysie du mouvement de la jambe gauche.

Sous l'influence d'un traitement approprié, l'affection utérine fut combattue avec succès; en même temps, les phénomènes de paralysie diminuèrent d'une manière très notable. Plus tard, sous l'influence des toniques, des bains, des ferrugineux, l'état de la malade s'améliora au point qu'elle put sortir de l'hôpital en voie de guérison.

M. Martineau (1) s'est livré à l'étude des diverses paralysies que je viens de passer rapidement en revue. Pour ce médecin, et ses conclusions me paraissent devoir être adoptées, ces paralysies affectent surtout les membres inférieurs, soit les deux, soit un seul. Elles n'envahissent jamais isolément les membres supérieurs. Le plus souvent la parésie atteint le membre qui correspond au côté périutérin affecté. Elle frappe les deux membres inférieurs si elle est liée à la métrite, à l'augmentation de volume et au déplacement de l'utérus.

Une paralysie en voie de guérison a de la tendance à redevenir complète à la suite de manœuvres pouvant exaspérer l'inflammation utérine.

Ces accidents ont une durée proportionnelle à celle de la maladie qui les a engendrés. Ils débutent d'une façon progressive et arrivent rarement jusqu'à la perte absolue de mouvement. Lorsque la paralysie persiste après la phlegmasie provocatrice, c'est qu'on s'est borné à attaquer le symptôme sans combattre la cause.

CHAPITRE VI.

CONCLUSIONS.

I. — Les diverses affections de l'utérus peuvent occasionner des folies dites sympathiques.

(1) *Loc. cit.*

II. — La forme qu'affectent ces folies dans la grande majorité des cas, est la lypémanie avec ses variétés.

III. — Toutes les fois que le médecin sera appelé à examiner une aliénée, il devra après s'être éclairé sur l'hérédité, chercher à savoir s'il n'y a point d'affection de l'utérus.

IV. — Il devra, à cet effet, se rappeler les symptômes généraux de la pathologie utérine, ainsi que certaines données anatomiques et physiologiques indispensables.

V. — Il insistera auprès de la famille de la malade pour faire un examen complet de l'appareil utéro-ovarien.

VI. — La guérison des maladies curables de l'utérus entraîne celle de l'aliénation mentale.

VII. — Si la maladie utérine est incurable, l'aliénation s'aggravera et deviendra démence.

VIII. — Au point de vue médico-légal, le médecin légiste devra appeler l'attention sur l'existence d'une affection utérine, lorsqu'il aura constaté sa présence chez une accusée.

IX. L'hystérie et l'épilepsie peuvent être sympathiquement occasionnées par les troubles ou les affections survenues dans l'appareil utéro-ovarien.

X. — Ces troubles nerveux sont solidaires de la maladie utérine.

XI. — Il existe aussi des paralysies sympathiques des troubles et affections de l'utérus et de ses annexes.

XII. — Ces paralysies sont localisées dans la très grande majorité des cas, aux membres inférieurs. Elles existent tantôt des deux côtés, tantôt d'un seul, suivant que la lésion est générale ou limitée à un seul côté.

XIII. — Certaines manœuvres chirurgicales peuvent augmenter ces paralysies.

XIV. — Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles envahissent la vessie et le rectum.

XV. — Elles disparaissent avec la cause qui les a fait naître.

CORRESPONDANCE.

Nous avons reçu à propos de l'article du Dr Pénard paru dans le numéro précédent la correspondance suivante :

A M. Pinard, rédacteur des *Annales de gynécologie.*

Dans votre numéro de décembre 1879 vous publiez un travail du Dr Pénard (de Rochefort) sur les présentations de l'épaule, sur lequel je viens appeler votre attention.

L'importance de votre publication fait que les accoucheurs et les praticiens y cherchent des éléments constants d'instruction, et les cas graves en obstétrique portent toujours avec eux, quel qu'en soit le résultat, un enseignement.

Mais pourquoi appeler un succès ce que d'autres appelleraient plus justement un désastre, et pourquoi si des faits doivent être publiés à titre d'enseignement surtout, ne pas leur donner toute l'exactitude nécessaire ? C'est pour ces raisons qu'étant un des intéressés dans les deux observations citées par notre honorable confrère, je vous demande la permission d'intervenir non dans la discussion scientifique, je n'ai pas qualité pour cela, mais seulement dans la rectification des faits.

Le Dr Pénard (page 453) s'exprime ainsi :

« Le 15 mars 1879, une famille de la Rochelle nous fait appeler au secours d'une jeune femme secondipare en travail depuis au moins vingt-quatre heures, et dont l'enfant est mal placé. Et effectivement nous nous trouvons en présence d'une présentation de l'épaule gauche.

Dès la veille il y a eu des tentatives répétées de version podalique, faites d'abord par une sage-femme et ensuite par deux médecins assez expérimentés. » A notre arrivée il y avait quinze heures que la dilatation du col était complète et que le bras était tout entier dans le vagin, la main entre les grandes lèvres.

Il convient de réduire les tentatives répétées de version podalique, faites par les deux praticiens assez expérimentés à la seule exploration des parties et à la constatation de la présentation.

Appelé à 10 heures du soir chez cette dame et après avoir apprécié la gravité de ce cas, je demandai un confrère, le Dr Drouineau père, chirurgien en chef des hospices, médecin tout à fait expérimenté et sur lequel je place volontiers ma confiance dans les cas difficiles. Comme moi il constata la difficulté du cas et paraissait disposé à l'opération que devait entreprendre plus tard notre confrère de Rochefort. Notre entretien et la possibilité d'une intervention avec le bistouri fit naître dans l'esprit de l'entourage une perplexité fâcheuse comme cela arrive dans la pratique, en province surtout, où les relations et les influences de personnes font et défont les renommées médicales. Pendant ce temps d'indécision et au lieu de nous prier d'intervenir, on chercha des confrères pour mieux faire que nous! C'est alors que le nom du Dr Pénard de Rochefort fut prononcé et on alla le chercher au milieu de la nuit. Dès lors, nous dûmes nous abstenir et la malade, mise dans un bain et calmée par le laudanum, attendit jusqu'à 7 heures l'opérateur demandé. Notre confrère trouva la malade telle que nous l'avions trouvée nous-mêmes et dans les mêmes conditions, les lèvres non tuméfiées couvraient la main un peu injectée;

Les tentatives de version furent alors sérieuses, elles durèrent une heure et demie à peu près, et dans les différentes attitudes décrites par notre confrère, et étant malgré cela infructueuses, l'amputation de l'épaule fut décidée et l'enfant cependant ne vint pas sans peine. Une hémorrhagie mortelle se déclara presque aussitôt et une heure et demie après il ne restait plus ni l'enfant ni la mère. Succès bien relatif assurément et que les praticiens ordinaires considèrent comme des défaites.

Aux considérations que vous joignez au travail du Dr Pénard et dont j'approuve les excellents termes, je n'ai rien à ajouter si ce n'est que la version, malgré ce succès, seule et sans am-

putation, n'en demeure pas moins pour moi une chance réelle de salut et que j'en suis à déplorer que les atermoiements de la famille ne nous aient pas permis de la faire avec cette confiance absolument nécessaire en des cas semblables.

L'opportunité de la version dans le cas dont nous nous occupons est sans conteste ; mais le succès de l'opération dépend de la promptitude avec laquelle elle est faite.

Dr Mallet, de la Rochelle.

La lettre ci-dessous vient élucider définitivement et clore la discussion :

A M. Pinard, Professeur agrégé à la Faculté.

Mon cher ami,

Vous trouverez, dans un mémoire publié en 1865, la note suivante :

« Je suis convaincu aujourd'hui de la facilité qu'apporte à la version l'amputation préalable du bras fœtal, non pas, bien entendu, pour permettre à la main de l'accoucheur une introduction plus facile soit dans le rétrécissement, soit dans l'utérus rétracté, mais pour faire évoluer plus aisément le fœtus en rendant praticable le refoulement de la tête en haut et la descente de l'extrémité pelvienne vers le détroit supérieur.

« Mais, dans les rétrécissements considérables seuls, l'amputation du bras amènera cette facilité de rotation que je signale. Dans un bassin normal, l'épaule du fœtus finit par s'engager profondément ; dans un rétrécissement extrême du détroit supérieur, l'engagement est impossible, et le bras enlevé, le principal obstacle à l'évolution a disparu ».

Professeur Pajot.

J'ajoute :

Aucun signe ne peut donner la certitude *absolue* de la mort fœtale.

Le bras gonflé, ecchymosé, gangrené, l'absence des bruits du cœur, le temps écoulé etc., sont des présomptions, non la certitude.

D'ailleurs, la version, vous l'avez bien dit, est une mauvaise opération après l'ablation du bras.

Pourquoi risquer une rupture, quand l'embryotomie peut l'éviter?

Ma formule je la maintiens :

« *On n'a le droit de couper le bras que quand il faut couper le cou* ».

Je vote pour mon ami Pinard contre mon ami Pénard.

M. Pénard a réussi, tant pis.

Certains succès, en obstétrique, sont de plus mauvais exemples que des revers.

A vous,

Professeur PAJOT.

REVUE DE LA PRESSE

RECHERCHES SUR L'HYMEN ET L'ORIFICE VAGINAL (1)

SUITE ET FIN (2).

Par le Dr P. Budin,
Chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.

§ II. — *De l'orifice vaginal au moment des premiers rapports sexuels.*

A. — On considère en général l'hymen comme une membrane qui se rompt au moment des premières approches

(1) Extrait du *Progrès médical*, 1879.

(2) Voir *Ann. de Gyn.*, numéro de novembre 1879.

sexuelles (1) : cette rupture ne se fait pas toujours sans difficultés. Les tentatives d'introduction du membre viril sont parfois très-pénibles, très-douloureuses, et quand la pénétration a lieu, il se produit une rupture, une déchirure, qui est suivie d'un écoulement de sang en général peu considérable, quelquefois au contraire très abondant. Il est facile de comprendre ce qui se passe : si l'orifice vaginal est étroit et rigide, il résiste et met obstacle à l'introduction du pénis : il est refoulé de dehors en dedans, et, à un moment donné, il cède et se rompt en un ou plusieurs points.

S'il existe une déchirure unique, on la trouve, soit directement en arrière, soit sur un des côtés (*d*, fig. 6), quelquefois

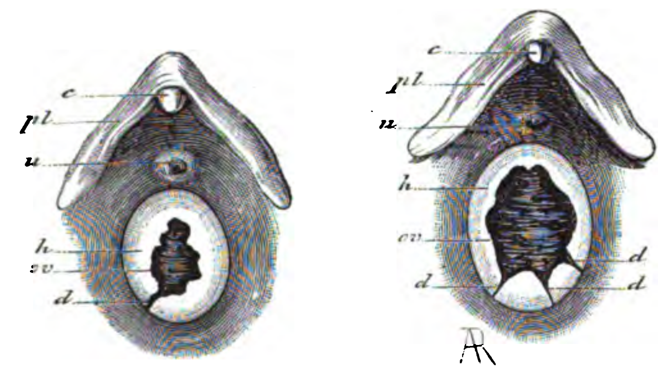


FIGURE 6 FIGURE 7.

c, Clitoris. — *pl*, Petites lèvres. — *u*, Méat urinaire. — *h*, Extrémité antérieure du vagin. — *d*, *d*, *d*, déchirures. — *ov*, Orifice vaginal.

on constate deux déchirures, l'une à droite, l'autre à gauche, d'autres fois enfin, il y a trois ou quatre déchirures (*d*, *d*, *d*,

(1) « Ordinairement, dit Playfair (*Traité théorique et pratique des accouchements*, traduit par le Dr Vermeil, p. 29), la membrane hymen est très mince et les premiers rapprochements sexuels suffisent pour la briser; quelquefois même elle est rompue accidentellement, par exemple pendant l'écartement des membres inférieurs. Ce dernier mode de rupture de l'orifice vaginal nous semble bien difficile à admettre, étant donnée la disposition anatomique réelle.

fig. 7), il y a eu un véritable éclatement de l'extrémité antérieure du vagin.

On considère habituellement ces déchirures comme la cause de la formation des caroncules myrtiformes. Il n'en est rien cependant, ainsi que l'a nettement indiqué Schrœder. Lorsqu'il y a plusieurs déchirures, les lambeaux ont une forme triangulaire, leur base est dirigée en dehors, et leur sommet en dedans, mais, dans tous ces cas, on retrouve les bords de l'orifice vaginal qui existent complètement et ne sont nullement détruits. « Quelque nombreuses que soient les déchiru-« res, il y a toujours un rapport entre les divers lambeaux de « l'hymen, il n'y a jamais d'espace entre eux, on voit seule-« ment une fissure, et jamais les traces de l'hymen n'ont dis-« paru (1). » Cette description est absolument exacte, l'extrémité antérieure du canal vaginal reste complète, et s'il y a déchirure, il n'y a pas eu perte de substance. Cet aspect que présente l'orifice du vagin le différencie, comme nous le verrons plus tard, de celui qui existe après l'accouchement, alors qu'on constate véritablement la présence des caroncules myrtiformes.

B. — Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi ; nous avons dit que l'orifice vaginal était plus ou moins large, et que ses bords présentaient une souplesse plus ou moins grande ; or, dans un certain nombre de cas, les premiers rapports ne sont que peu pénibles ; quelquefois même ils sont faciles et non douloureux, et dans ces conditions il ne s'échappe pas une goutte de sang. Les amants mettent alors en doute la virginité de leur maîtresse. Nous avons trouvé un certain nombre de cas de ce genre, nous nous contenterons d'en rapporter un seul.

---

(1) Schrœder (*Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*, p. 6. L'opinion de Schrœder a été confirmée par des recherches de Bidder, in *Petersburger medic. Zeitschr.*, 1868, p. 50. — Voyez aussi la traduction d'un autre mémoire plus récent de Schrœder, in *Obstetrical Journal of Great Britain*, août 1878, p. 324.

Une petite femme rachitique, la nommée Mer..., âgée de 24 ans, née en Belgique, a eu pour la première fois des rapports sexuels en juillet 1878; ils ont été faciles et nullement douloureux, il n'y a pas eu d'écoulement de sang. (L'orifice vaginal se trouvera représenté (fig. 20.) Ces rapports ont été tellement faciles que, lorsqu'elle annonça à son amant qu'un instant auparavant elle était encore vierge, il refusa absolument d'ajouter la moindre créance à ses paroles, C'était, assure-t-elle, un étudiant en médecine, et il prétendit «savoir très-bien que les choses ne se passaient pas ainsi la première fois.»

Peut-être même est-il arrivé que des maris, la nuit de leurs noces, se sont estimés malheureux de ne pas rencontrer d'obstacles, et ont eu les mêmes doutes. Ce sont des faits de ce genre qui ont conduit un certain nombre d'auteurs à nier l'existence de la membrane hymen. « J'ai dit, écrit Mauriceau (1), qu'il n'arrivait pas toujours que dans le premier coït il se fît un épanchement de sang qui procède ordinairement de l'effort que souffrent ces caroncules par l'introduction de la verge, d'autant que cela dépend entièrement de la disposition et de la proportion des parties de l'homme et de celles de la femme, comme fait aussi la facilité et la difficulté de cette première introduction; car il y a des gens si sots qui ne croiraient pas avoir eu le pucelage de leur femme sans cette marque qu'ils estiment être certaine, fondez peut-être sur ce passage de l'Ecriture au *Deut. chap.* 22, qui fait mention d'une coutume que le père et la mère de la mariée doivent avoir, qui était de montrer aux Anciens de la ville les vêtements de leur fille, où étaient (à ce qu'ils s'imaginaient) imprimées les marques de sa virginité, pour la justifier contre la fausse accusation que son mari lui pouvait imputer, prétextant, pour avoir lieu de la répudier, qu'elle n'était pas vierge quand il l'avait épousée. Cette coutume s'observe encore présentement parmi quelques nations qui, le lendemain des noces, montrent à tous les conviez la che-

(1) Mauriceau, t. I, p. 31.

mise de la mariée tâchée du sang de son pucelage. Mais ceux qui sont de ce sentiment méritent bien d'être trompés par les femmes de la manière qu'on sait assez qu'elles peuvent faire. »

De son côté, Buffon a écrit : « Les hommes, jaloux des primautés en tout genre, ont toujours fait grand cas de tout ce qu'ils ont cru pouvoir posséder exclusivement et les premiers : c'est cette espèce de folie qui a fait un être réel de la virginité des filles. La virginité, qui est un être moral, une vertu qui ne consiste que dans la pureté du cœur, est devenue un objet physique dont tous les hommes se sont occupés ; ils ont établi sur cela des opinions, des usages, des cérémonies, des superstitions et même des jugements et des peines... » Et plus loin, après avoir cité un certain nombre d'auteurs qui nient l'existence de l'hymen, Buffon dit (1) : « L'anatomie laisse, comme l'on voit, une incertitude entière sur l'existence de cette membrane de l'hymen et de ses caroncules, elle nous permet de rejeter ces signes de la virginité, non seulement comme incertains, mais encore comme imaginaires : il en est de même d'un autre signe plus ordinaire, mais qui cependant est tout aussi équivoque, c'est le sang répandu, on a cru dans tous les temps que l'effusion du sang était une preuve réelle de la virginité, cependant il est évident que ce prétendu signe est nul dans toutes les circonstances où l'entrée du vagin a pu être relâchée ou dilatée naturellement. Aussi toutes les filles, quoique non déflorées, ne répandent pas du sang. »

Quand on examine les organes génitaux chez ces femmes qui ont eu des premiers rapports faciles, on voit qu'il n'existe pas la moindre déchirure de l'orifice vaginal, ses bords sont souples et laissent pénétrer, sans y apporter d'obstacle, un, deux et quelquefois même trois doigts ; on pourrait, dans ce cas, avant toute interrogation, assurer par la simple inspection qu'il n'y a pas eu d'écoulement de sang au moment des premières approches. Et ces faits ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le

---

(1) Buffon. *Histoire générale et particulière*, t. II, p. 492 et 495.

croire, puisque dans l'espace de trois mois nous avons, à la clinique d'accouchement de la Faculté, constaté 13 fois la présence d'un hymen intact sur 75 primipares environ. On conçoit dès lors que le toucher vaginal et même l'introduction du spéculum soient possibles chez certaines filles vierges.

Les bords de l'hymen font en général une saillie assez marquée, mais dans certains cas rares ils ne mesurent que 2 à 3 millimètres ; une fois même ils ne faisaient qu'une saillie de 1 millimètre environ, ils représentaient une sorte de fil un peu épais, mais régulier et non échancré. On comprend bien mieux encore que, dans ces conditions, il n'y ait pas d'obstacle aux rapprochements sexuels.

C. — Enfin, dans certaines circonstances très-rares, les choses se passent encore d'une façon différente, les rapports sexuels sont très-difficiles, impossibles même, mais il ne se produit aucune déchirure. Nous trouvons dans nos observations un fait de ce genre : pendant huit jours, des tentatives répétées et infructueuses furent faites, il ne s'écoula pas de sang, mais les douleurs furent telles que la personne dont il s'agit refusa pendant six mois d'avoir des rapports sexuels. Au bout de ce temps, de nouvelles tentatives eurent lieu, mais c'est seulement après trois semaines que les rapports purent être complets ; à aucun moment il n'y avait eu perte de sang. En examinant les organes génitaux on vit que l'hymen était absolument intact, il s'était produit une dilatation progressive de l'orifice vaginal.

En résumé, au moment des premiers rapprochements sexuels il peut y avoir :

1° Pénétration après rupture de l'orifice vaginal ;

2° Pénétration après dilatation rapide et facile de l'orifice vaginal ;

3° Pénétration après dilatation lente, difficile et progressive de l'orifice vaginal.

Aucun de ces deux derniers modes ne s'accompagne d'un écoulement de sang.

§ III. — *De l'orifice vaginal pendant l'accouchement.*

La disposition de l'orifice vaginal, qu'il ait été rompu ou non pendant les rapports sexuels, permet d'expliquer un certain nombre de particularités qu'on observe pendant le premier accouchement. Tous les médecins savent qu'il existe en général une grande différence entre ce qui se passe chez les multipares et ce qui se passe chez les primipares pendant la période d'expulsion. Tandis que chez les femmes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants, cette expulsion est assez rapide, chez celles qui accouchent pour la première fois, il s'écoule, au contraire, une heure, une heure et demie, deux heures et même davantage, entre le moment où la tête traverse l'orifice utérin et celui où elle franchit l'orifice vulvaire. Chez ces dernières, on voit pendant la contraction la tête appuyer sur le plancher périnéal

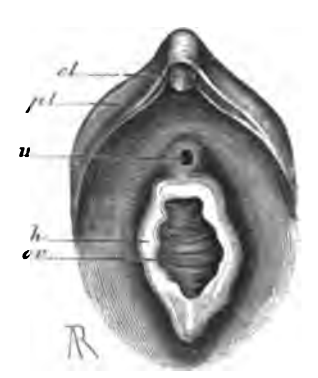


FIGURE 8.
Orifice vaginal avant l'accouchement. — *cl*, Clitoris. — *pl*, Petites lèvres. — *u*, Méat urinaire. — *h*, Extrémité antérieure du vagin. — *ov*, Orifice vaginal.

et la vulve s'entr'ouvrir, puis la tête rétrocède ; à une nouvelle contraction, la tête entr'ouvre de nouveau la vulve, se retire et ainsi de suite, pendant un temps assez long ; cette période avait été appelée par une sage-femme qui avait assisté à beaucoup

de naissances, « la période du désespoir. » A chaque instant, en effet, la vulve s'entr'ouvrant, on peut croire que l'expulsion va avoir lieu, mais la tête s'arrête et bientôt recule. Enfin, à un certain moment, l'extrémité céphalique apparaît recouverte de sang, le plus souvent il n'y a qu'une tache plus ou moins large, mais quelquefois des caillots sont chassés par la tête à tel point que nous avons vu des étudiants se demander s'il n'y avait pas un décollement du placenta : ils ne pensaient pas que la tête formant tampon eût empêché le sang de sortir de la cavité utérine. A ce moment, l'accoucheur doit reprendre espoir ; en effet, la tête, au lieu d'entr'ouvrir seulement la vulve, va la dilater considérablement, elle ne rétrocédera plus et après deux ou trois contractions, elle sera en général expulsée.

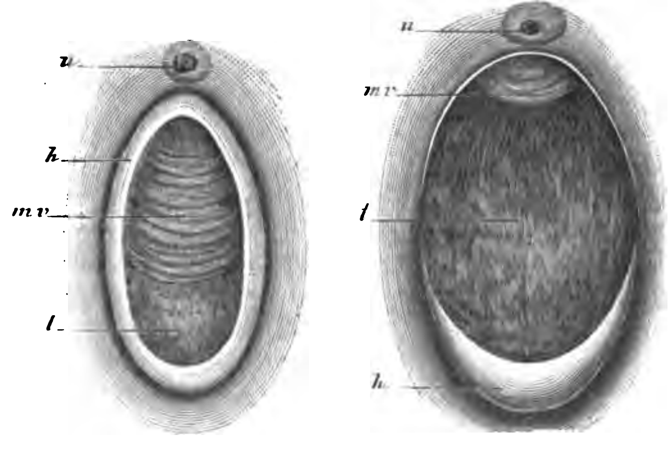


FIGURE 9. FIGURE 10.

Orifice vaginal pendant l'accouchement. — *u*, Méat urinaire. — *h*, Extrémité antérieure du vagin ou hymen. — *mv*, muqueuse vaginale. — *t*, Tête.

Est-ce la vulve, est-ce le périnée qui mettent un obstacle à sa sortie? Non, c'est principalement l'orifice vaginal, ainsi que nous avons pu le constater maintes fois. Nous donnerons comme type l'observation de la nommée Marie L..., âgée de 19 ans, qui est accouchée le 9 juin dernier, à l'hôpital des Cli-

niques, dans le service de M. le professeur Depaul; les figures qui accompagnent la description ont été prises au fur et à mesure que l'accouchement avait lieu. Marie L..., avait eu pour la première fois des rapports sexuels à l'âge de 17 ans, ils avaient été faciles, non douloureux, et il n'y avait pas eu de perte de sang; il existait, du reste, une extensibilité très grande de l'orifice vaginal dont les bords intacts (fig. 8) pouvaient être considérablement écartés avec les doigts. Lorsque, le jour de l'accouchement, j'arrivai auprès d'elle, la tête avait depuis quelque temps déjà franchi l'orifice utérin ; elle entr'ouvrait la vulve, mais en écartant avec les doigts les petites lèvres droite et gauche, on constatait qu'elle poussait devant elle la paroi antérieure de la muqueuse vaginale (*m v*, fig. 9) qui venait faire saillie à travers l'orifice hyménéal (*h*, fig. 9) dont les bords parfaitement intacts, formaient une ellipse complète.

Sous l'action de nouvelles douleurs la tête descendit davantage et amena une dilatation un peu plus grande de l'orifice vaginal; si on glissait un doigt entre la tête et l'orifice vulvaire, les bords de cet orifice étaient souples et se laissaient facilement distendre, tandis que le doigt introduit entre la tête et l'orifice vaginal permettait de constater la résistance de ce dernier dont les bords tendus formaient une bride à bord tranchant (1).

Au bout d'un certain temps, la dilatation de l'orifice vaginal fut si considérable qu'il mesurait 7 centimètres de diamètre vertical ou antéro-postérieur (fig. 15); lorsque, pendant la contraction, on écartait les petites lèvres, les bords latéraux étaient beaucoup moins apparents, mais la partie inférieure de l'orifice vaginal (orifice hyménéal) était entraînée en avant et formait un croissant blanchâtre très résistant (*h*, fig. 10).

---

(1) Le professeur Olshausen (*Volkmann's Sammlung*, n° 44, p. 372), a très bien décrit cette bride coupante, mais il la considère comme formée par le muscle constrictor cunni. Il y a là, pensons-nous, une erreur d'interprétation. Nous nous proposons de décrire plus particulièrement, dans un autre travail, la disposition anatomique et le rôle physiologique des muscles du vagin.

Après chaque contraction, la tête reculait et la vulve se fermait plus ou moins complètement. Lorsqu'enfin la tête apparut recouverte de sang, on attendit que la douleur fût passée et on refoula la tête dans la profondeur du vagin ; on vit alors que l'orifice vaginal s'était éraillé, déchiré d'un côté, du côté droit (fig, 11, *d*). Puis, une nouvelle douleur fit saillir davantage la la tête ; après cette contraction, il fut facile de constater que l'orifice vaginal s'était déchiré du côté opposé (fig. 17).

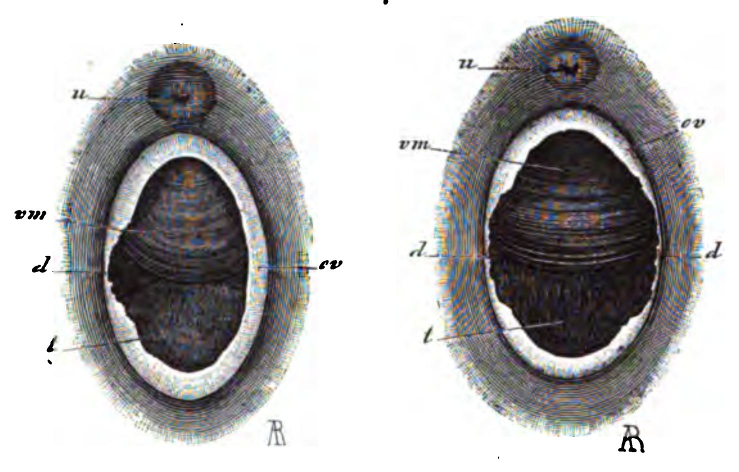


FIGURE 11. FIGURE 12.

Orifice vaginal pendant l'accouchement — *u*, Méat urinaire. — *ov*, Orifice vaginal. — *d*, *d*, *d*, déchirures de l'orifice vaginal. — *vm*, muqueuse vaginale. — *t*, Tête.

A la contraction suivante, ce fut l'orifice vulvaire qui résista à la puissance utérine, mais alors un segment considérable de la tête apparut, le cercle vulvaire ainsi formé contrasta singulièrement par ses dimensions avec le cercle vaginal qu'on avait jusqu'alors observé. Enfin, une nouvelle contraction amena la sortie de la tête.

Après l'accouchement, on vit sur l'orifice vaginal les traces des deux déchirures latérales (*dd*, fig. 13), et il s'était produit une troisième déchirure en arrière, sur la ligne médiane, dé-

chirure qui s'étendait sur la muqueuse vulvaire de la fosse naviculaire.

La fig. 14 donne l'aspect de l'orifice vaginal quelques jours après l'accouchement, aspect sur lequel nous reviendrons en étudiant la formation des caroncules myrtiformes.

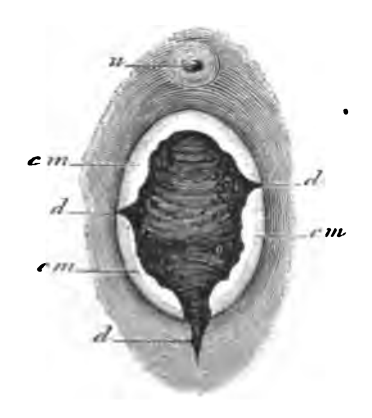


FIGURE 13.
Orifice vaginal aussitôt après l'accouchement. — *u*, Méat urinaire. — *d, d, d*, Déchirures. — *cm, cm, cm*, Parties qui formeront les caroncules myrtiformes.

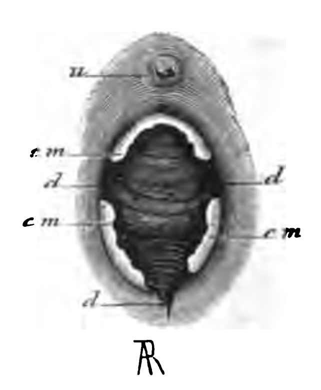


FIGURE 14.
Orifice vaginal quelques jours après l'accouchement.

Ainsi donc, c'est la résistance de l'orifice vaginal (orifice hyménéal) qui, chez les primipares, rend si longue la période d'expulsion ; on peut dire que chez elles la tête doit franchir successivement trois orifices: l'orifice utérin, l'orifice vaginal, l'orifice vulvaire, et la résistance offerte par l'orifice vaginal n'est pas la moins considérable. Évidemment, le plancher périnéal et l'orifice vulvaire peuvent aussi, dans certains cas, mettre obstacle à l'accouchement; nous en avons observé des exemples, mais nous sommes convaincu que cet obstacle est le plus souvent dû à l'orifice vaginal.

Si l'hymen était intact avant l'expulsion du fœtus, il se déchire ; on peut donc dire que, dans ces conditions, ce n'est

pas le mari, mais l'enfant qui a enlevé à sa mère ce qu'on considère comme les marques physiques de la virginité.

Est-il possible que l'accouchement à terme ait lieu sans que l'hymen soit rompu? On l'a assuré, mais il faudrait qu'il pût, sans se déchirer, laisser passer un enfant dont le diamètre sous-occipito-frontal mesure alors 11 centimètres environ (1). Il faudrait donc qu'il parvînt à former un cercle de 33 centimètres : cela nous semble bien difficile, et cependant l'hymen est parfois si extensible !

Lorsque l'orifice vaginal, au lieu de rester intact, s'est rompu au moment des premières approches sexuelles, les choses se passent de la même manière pendant l'accouchement ; le vagin, large au niveau de son fond, laisse descendre la tête qui rencontre à l'orifice vaginal un obstacle à sa sortie. Mais au lieu de trouver, lorsqu'on écarte les petites lèvres, un cercle complet formé par l'hymen, le cercle qui coiffe la tête présente en certains points de petites échancrures.

On peut donc comparer ce qu'on observe au moment du premier accouchement à ce qui se passe dans les lanternes de voiture : la bougie est introduite dans un tube cylindrique dont l'extrémité supérieure hémisphérique présente un orifice à son centre : un ressort presse constamment la bougie contre cet orifice étroit qu'elle ne peut franchir. Pendant l'accouchement, c'est la contraction qui pousse la tête contre l'orifice vaginal également rétréci ; cet orifice, après avoir résisté pendant un certain temps, finit par se rompre sous l'action des forces utérines.

Chez les multipares, les choses se passent, en général, différemment ; lorsque la tête a franchi l'orifice utérin, elle descend dans le vagin : son orifice antérieur ayant été rompu dans le premier accouchement ne présente plus d'obstacle, et la période d'expulsion est beaucoup plus courte.

Mais si c'est l'orifice vaginal qui résiste ainsi chez les primi-

---

(1) Budin et Ribemont. *Des dimensions de la tête du fœtus*. (*Archives de Tocologie*, août 1879, p. 477).

pares, il est probable que dans certains cas on pourrait rendre l'accouchement plus rapide en incisant les bords de cet orifice. Le 16 juillet 1879, j'assistai à l'accouchement de la nommée Caroline Eh..., âgée de 21 ans, qui était depuis trois semaines à l'hôpital des Cliniques (service des femmes enceintes). Les premiers rapports avaient été chez elle très difficiles, très douloureux, et elle avait perdu une certaine quantité de sang. Il s'était produit en bas et à droite une déchirure de l'orifice vaginal.

Les premières douleurs étaient apparues à minuit et demie. A onze heures du matin, la dilatation étant complète, les membranes se rompirent et la tête, franchissant l'orifice utérin arriva jusque sur le plancher périnéal; elle séjourna longtemps à ce niveau, entr'ouvrant la vulve à chaque contraction, puis rentrant dans l'intérieur des parties genitales. A midi 30, je constate que les battements du cœur fœtal se ralentissent beaucoup au moment de la contraction, mais ils reprennent leur rhythme normal dans l'intervalle des douleurs. A midi 55, les battements du cœur sont très lents et très sourds, l'enfant évidemment souffre et il va être nécessaire de faire une application de forceps; en écartant les petites lèvres, on voit que l'orifice vaginal est très distendu, les contractions sont fortes, mais pas assez puissantes pour triompher de sa résistance.

Avant d'avoir recours au forceps, je me décide à faire une incision de l'orifice vaginal. Je la pratique avec un bistouri, et pendant une contraction, sur le côté gauche qui est surtout accessible : à ce moment le diamètre antéro-postérieur de l'orifice vaginal mesurait environ 5 centimètres. La tête, après la contraction, rentra dans le vagin ; à la douleur suivante, elle reparut couverte de sang, franchit l'orifice vaginal qui semblait ne plus mettre d'obstacle à sa sortie, et vint distendre l'orifice vulvaire. La dilatation immédiate de la vulve fut telle que, d'un seul coup, elle limita un cercle de 8 cent. 1/2 de diamètre. La contraction passée, la tête ne rentra pas dans les parties génitales et à la douleur suivante, elle franchit sans le rompre l'orifice vulvaire. L'enfant était légèrement asphyxié, il présentait un

circulaire autour du cou et du tronc, et il avait perdu dans la cavité utérine une partie de son méconium.

C'est l'incision de cet orifice vaginal que le professeur Olshausen a conseillée au lieu de l'épisiotomie, mais il croyait sectionner le constrictor cunni (1). On peut se demander cependant si la déchirure spontanée, qui détermine la dilacération des tissus et le tiraillement des vaisseaux, n'est pas préférable aux incisions faites avec un bistouri ou des ciseaux. Du reste, dans un certain nombre de cas, la section de l'orifice vaginal ne serait guère praticable, car il est déjà franchi au moment où l'on croit devoir faire des incisions qui portent alors sur l'orifice vulvaire.

L'orifice vaginal se rompt donc toujours au moment du premier accouchement, ainsi que l'a dit J. Matthews Duncan (2), qui a admirablement décrit les diverses variétés de déchirures qu'on peut rencontrer. Les déchirures sont en général multiples, il en existe une en arrière sur la ligne médiane, et une ou plusieurs autres à droite ou à gauche. Pour les constater, il ne faut pas se contenter de placer la femme sur le côté, on ne voit ainsi que les lésions de la vulve et du périnée, il faut la laisser sur le dos et écarter avec soin les petites lèvres. Ces déchirures, qui sont constantes chez la femme qui accouche pour la première fois et beaucoup plus rares chez celles qui ont déjà eu des enfants, expliquent, d'après Duncan (3), la gravité plus considérable de l'accouchement chez les primipares, et elles doivent attirer l'attention du médecin lorsqu'il existe de la fièvre pendant les premiers jours qui suivent la parturition.

La déchirure postérieure et médiane peut, pendant l'expulsion de la tête, s'étendre sur la muqueuse vulvaire au niveau de la fosse naviculaire, et être le point de départ des ruptures du périnée (4). Cette déchirure de l'orifice vaginal peut aussi ne

---

(1) Olshausen. *Loco citato.*

(2) J. Matthews Duncan. *Papers on female perineum,* p. 23 et 24.

(3) J. Matthews Duncan. *Papers on female perineum,* chap. I, II et III.

(4) J. Matthews Duncan. *Loco citato,* p. 9.

s'étendre à la muqueuse vulvaire et au périnée qu'au moment du passage des épaules. La comparaison très pittoresque, faite par M. le professeur Pajot dans ses cours, nous semble bien expliquer ce qui se passe. La déchirure de l'orifice vaginal peut être regardée comme le coup de ciseaux donné par le commis de nouveautés qui veut déchirer une étoffe ; la traction suffit ensuite pour la diviser complètement. L'orifice vaginal une fois rompu, la déchirure s'étend très facilement à la muqueuse vulvaire et au périnée.

Ce mode de production nous paraît rendre compte de certaines particularités qu'il nous avait jusqu'ici semblé impossible d'expliquer. Pour empêcher la déchirure du périnée de se produire, la plupart des accoucheurs font une petite incision à droite et à gauche de la vulve, à 2 centimètres environ de la fourchette. Les incisions ainsi faites présentent, suivant M. Tarnier, un certain nombre d'inconvénients : 1° Il en résulte parfois de chaque côté de la vulve une plaie plus large qu'on ne l'indique généralement, plaie béante, dont les surfaces peuvent d'autant moins se réunir par première intention que la lèvre inférieure entraînée par son propre poids s'écarte de la lèvre supérieure : comme conséquence, on observe une suppuration prolongée et une cicatrisation irrégulière ; 2° dans un certain nombre de cas les incisions n'empêchent pas le périnée de se rompre sur la ligne médiane et même une déchirure très étendue de se produire. On a alors trois plaies au lieu d'une. Nous avons rapporté un fait de ce genre observé par M. Ribemont et un autre dont nous avions été témoin (1). On en trouve également dans Hecker (2), Arthur Edis (3) et Schrœder (4). Dans un travail ré-

---

(1) Budin. *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels*, p. 25 et suiv.

(2) Hecker. *Klinik der Geburtskunde*, Bd. II, p. 191.

(3) Arthur Edis. *Obstetrical Transactions*, vol. XVIII, 1875, p. 346.

(4) Schrœder. *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*, 1867, p. 7. « *Bei 12 Erstgebærenden waren vor dem Durchschneiden des Kopfes seitliche Incisionen in die Labien gemacht, unter diesen riss bei einer dennoch der Damm etwas ein.* »

cemment publié, Anna E. Broomall rapporte qu'elle a pratiqué 56 fois l'épisiotomie sur 256 accouchements ; or, en parcourant ses observations on constate que 8 fois, malgré les incisions latérales, la rupture du périnée s'est produite (1). On comprend aisément qu'il en soit ainsi, car les incisions latérales n'empêchent pas la déchirure de l'orifice vaginal qui s'est déjà faite sur la ligne médiane de s'étendre en avant sur la muqueuse vulvaire et la fourchette. Aussi la conduite suivie par M. Tarnier est-elle rationnelle et avantageuse. « Je me suis bien trouvé dans ces cas, dit-il (2), de faire une incision que je commence sur le raphé médian en la dirigeant non pas directement en arrière, mais obliquement sur un des côtés et en dehors de l'anus ; si le périnée est déchiré malgré cela, la déchirure se fait dans la direction de l'incision et le sphincter de l'anus est épargné (3). »

Mais la déchirure postérieure et médiane n'est pas constante comme l'a assuré Duncan (4), nous l'avons vu faire défaut dans un certain nombre de cas. Son absence nous a surtout frappé chez une primipare qui avait mis au monde un enfant du sexe masculin pesant 4,720 grammes. Chez elle le périnée, la commissure postérieure de la vulve et même la fosse naviculaire étaient intactes, mais il s'était fait sur l'orifice vaginal en bas et à droite une déchirure s'étendant jusque sur la grande lèvre qui se trouvait divisée. Cette déchirure latérale aussi considérable et la présence de deux autres déchirures sur le bord gauche de l'orifice vaginal expliquaient comment un enfant aussi volumi-

---

(1) Anna E. Broomall. *The operation of Episiotomy as a prevention of perineal Rupture during Labour*, in *American Journal of Obstetrics*, july 1878, p. 517.

(2) Tarnier. Article FORCEPS du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

(3) M. le professeur Depaul recommande d'être aussi économe que possible de ces incisions. Il a vu plusieurs fois des cicatrices excessivement douloureuses se produire au point où on avait fait l'épisiotomie. (Leçons orales, 1879).

(4) J. Matthews Duncan. *Papers on female perineum*, p. 9 et 27.

neux avait pu sortir sans déterminer de lésions de la fourchette et du périnée.

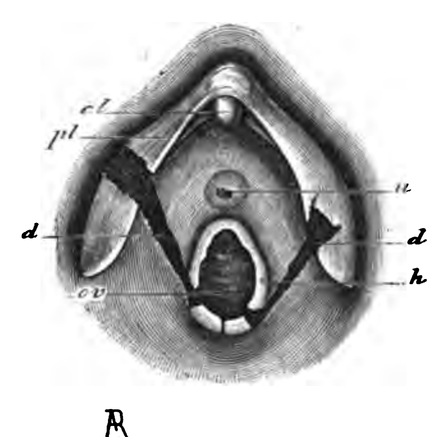


FIGURE 15.
cl, Clitoris. — *u*, Méat urinaire. — *pl*, Petites lèvres. — *ov*, Orifice vaginal. — *d*, *d*, Déchirures.

Les déchirures de l'orifice vaginal sont, en effet, souvent, quoique non constamment, le point de départ des lésions de la muqueuse vulvaire. On peut voir dans la fig. 15 une déchirure latérale droite (*d*) qui, partie de l'orifice vaginal, s'étend obliquement de bas en haut jusqu'à la petite lèvre qui est complètement sectionnée ; du côté gauche existe une plaie analogue (*d*) mais moins considérable. Nous avons constaté plusieurs fois des déchirures semblables de la muqueuse vulvaire qui avaient pour point de départ des lésions de l'orifice vaginal. Cependant les lésions de la muqueuse vulvaire peuvent être indépendantes comme l'a signalé Duncan dans son remarquable travail.

§ IV. — *De l'orifice vaginal après l'accouchement. — Formation des caroncules myrtiformes.*

Après l'accouchement l'aspect, nous ne dirons pas de la vulve mais de l'orifice vaginal, est absolument changé : on ne

trouve plus entre les petites lèvres de cercle intact ou déchiré, formé par l'extrémité antérieure du vagin ; il existe au contraire des pertes de substance. Ce qui constituait l'hymen a été détruit sur une étendue plus ou moins considérable, la vulve se continue alors à plein canal avec le vagin et en certains points seulement on trouve les caroncules myrtiformes qui sont les débris de l'extrémité antérieure du vagin (hymen).

Un certain nombre de causes concourent à donner à l'orifice vaginal son nouvel aspect.

1° Il y a d'abord une sorte de tiraillement, de déplissement : les bords de l'orifice vaginal qui faisaient une saillie de 5 à 6 millimètres avant l'accouchement (*h*, fig. 16) ne mesurent

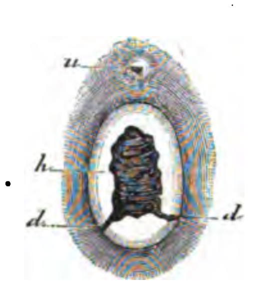


FIGURE 16.
Orifice vaginal avant l'accouchement. — *u*, Urèthre. — *h*, bords de l'orifice vaginal.—*d*, *d*, déchirures dues aux rapports sexuels.

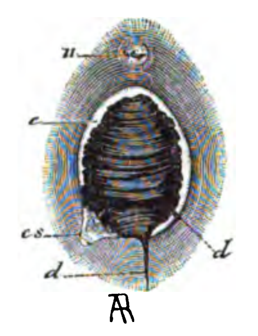


FIGURE 17.
Orifice vaginal après l'accouchement. — *u*, urèthre. — *d*. *d*. déchirures. — *c*, bords de l'orifice vaginal après l'accouchement. — *es*, eschare.

plus après l'expulsion du fœtus que 1 ou 2 millimètres (*c*, fig. 17) ; quelquefois même ils ont complètement disparu, on ne distingue plus alors la muqueuse vaginale de la muqueuse vulvaire qu'à la différence de coloration et d'aspect qu'elles présentent ; la muqueuse vulvaire est rouge et lisse, la muqueuse vaginale est au contraire pâle et inégale. C'est sous l'influence de l'extrême distension que l'orifice vaginal a dû subir de dedans en dehors au moment du passage de la tête, que

s'est produit cet effacement de l'extrémité antérieure du vagin.

2° Parfois l'effacement n'est pas marqué à ce point, mais les bords de l'orifice vaginal ont été contus par places ; les tissus se gangrènent, tombent et une cicatrisation à plat succède à l'eschare. Tel est le mécanisme unique qui a été invoqué par Schrœder (1) ; pour lui, les tissus qui, n'ayant pas été gan-

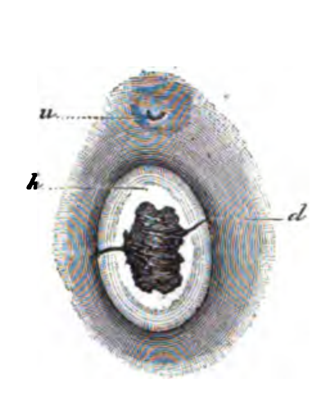


Figure 18.
Orifice vaginal avant l'accouchement. — *u*, Méat urinaire. — *h*, Extrémité antérieure du canal vaginal. — *d*, *d*, Déchirures dues aux rapports sexuels.

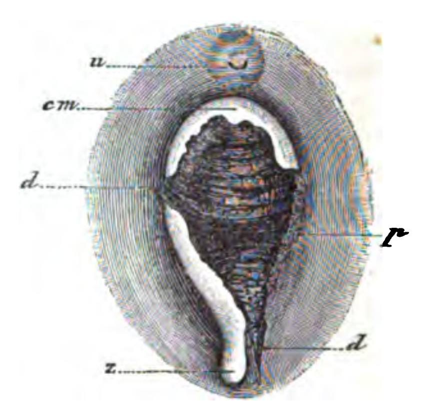


Figure 19.
Orifice vaginal après l'accouchement. — *u*, Méat urinaire. — *d*, *d*, Déchirures dues à l'accouchement. — *z*, lambeau détaché et flottant de l'orifice vaginal. — *cm*, caroncules myrtiformes. — *p*, plaie qui résulte du décollement de l'extrémité antérieure du vagin.

grénés, persistent, formeront plus tard les caroncules myrtiformes. Ce mécanisme est réel, nous l'avons observé dans quelques cas, une fois même nous avons vu un véritable petit thrombus dans l'épaisseur des débris de l'hymen, mais il est loin d'être constant.

3° Les déchirures de l'orifice vaginal qui se produisent pendant l'accouchement s'étendent jusqu'à la muqueuse vulvaire

(1) Schrœder. *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*, p. 6 et 7.

qui est elle-même quelquefois lésée. Lorsque la cicatrisation a lieu, les tissus qui formaient le pourtour de l'orifice vaginal se rétractent : il en résulte un écartement des lambeaux souvent assez considérable (*d*, *d*, *d*, fig. 13 comparée à la fig. 14) qui sont eux-mêmes moins larges, plus épais et forment ainsi les véritables caronticules myrtiformes (*cm*, *cm*, *cm*, fig. 14). Lorsque par hasard il s'est fait des déchirures du bord de l'orifice vaginal qui n'ont pas atteint la muqueuse vulvaire, on ne voit pas se produire par la suite cet écartement si marqué des deux lèvres de la plaie.

4° Enfin, quelquefois on observe des petites languettes, des espèces de polypes pédiculés qui sont adhérents à l'orifice du vagin. Ces sortes de polypes sont le résultat d'un décolle-

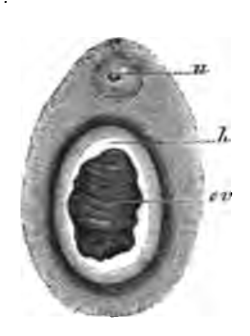


FIGURE. 20.
Orifice vaginal avant l'accouchement. — *u*, Méat urinaire.— *h*, Extrémité antérieure du canal vaginal, dont les bords intacts forment l'orifice vaginal, *ov*.

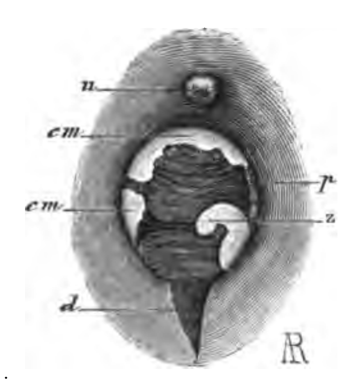


FIGURE 21.
Orifice vaginal après l'accouchement. — *u*, Méat urinaire. — *d*, Déchirure.—*z*, Lambeau détaché et flottant de l'orifice vaginal. — *cm*, Caroncules myrtiformes. — *p*, Plaie.

ment circulaire de l'extrémité antérieure du vagin. La tête appuyant de dedans en dehors sur l'orifice vaginal détache plus ou moins quelquefois sur une étendue considérable (*p*, fig. 19) un lambeau circulaire qui, devenu libre par par une de ses extrémités et resté attaché par l'autre (*z*, fig. 19), flotte à

l'entrée du vagin. Tantôt on le trouve en bas (fig. 19), tantôt sur un des côtés (*z*, fig. 21), tantôt en haut, à droite ou à gauche, au dessous de l'urèthre.

Dans d'autres cas, la vulve a un aspect plus bizarre encore : chez la nommée Pierrette M... il existait avant l'accouchement deux déchirures latérales (*d*, *d*, fig. 22 A), conséquences des premiers rapports sexuels. Pendant les efforts d'expulsion la tête déchira de nouveau, en *d*, *d*, l'orifice vaginal (fig. 22 B) et

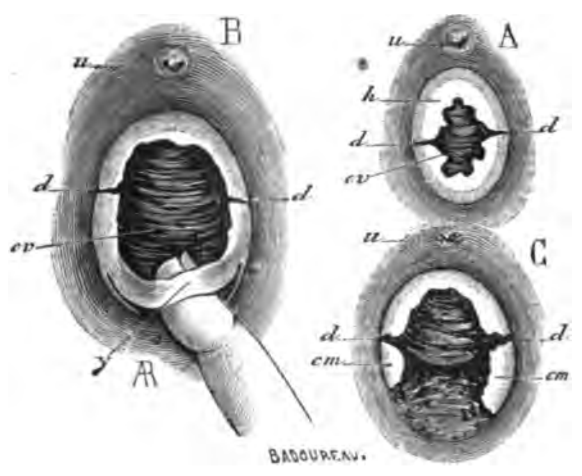


FIGURE 22.

A, Orifice vaginal avant l'accouchement. — *u*, Méat urinaire. — *h*, extrémité antérieure du canal vaginal. — *ov*, Orifice vaginal. — *d*, *d*, déchirures dues aux rapports sexuels. — B, Orifice vaginal aussitôt après l'accouchement. — *y*, lambeau décollé circulairement et demeuré attaché par ses deux extrémités. — C, Orifice vaginal quelques jours après l'accouchement. — Le lambeau *y* s'est gangrené et est tombé. — *cm*, caroncules myrtiformes.

décolla en arrière tout un lambeau (*y*, fig. 22 B) de l'extrémité antérieure du vagin (hymen) : ce lambeau resta adhérent à ses deux extrémités, si bien qu'après l'accouchement on pouvait faire passer l'index entre la surface déchirée et lui. Au bout de quelques jours ce lambeau se gangréna, tomba, et il resta une plaie (fig. 22 C) qui se cicatrisa peu à peu (1).

(1) C'est probablement un fait de ce genre qu'à observé Priestley et qu'il a

Les choses s'étaient sans doute passées de la même façon chez la nommée Maria Bl.. qui vint faire une fausse couche à l'hôpital des Cliniques et expulsa un fœtus pesant 1390 grammes. Il ne se produisit aucune lésion pendant l'accouchement actuel, mais on trouva en arrière, à la base d'une bande de tissu (*h*, fig. 23) qui auparavant avait constitué le bord postérieur de l'orifice vaginal, un petit trou (*d*, fig. 23) par lequel on pouvait faire facilement pénétrer le manche d'un porte-plume. Dans ce cas, il y avait eu probablement un décollement circulaire des tissus formant l'extrémité antérieure du vagin, mais ces tissus ne s'étaient pas gangrenés. En haut, à droite et à gauche, on trouvait deux caroncules myrtiformes (*cm*, fig. 23).

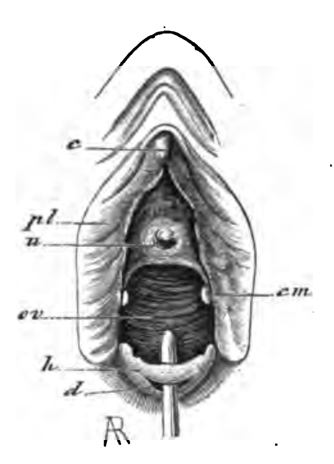


FIGURE 23.

c, Clitoris. — *pl*, Petites lèvres. — *u*, Méat urinaire. — *h*, Débris de l'extrémité antérieure du vagin. — *d*, Trou par lequel on pouvait faire pénétrer le manche d'un porte-plume. — *cm*, Caroncules myrtiriformes.

On pourrait expliquer par un mécanisme analogue une disposition particulière que nous avons observée chez la

---

rapporté dans le *Medical Times and Gazette* du 13 mars 1858. p. 262. Priestley cite également une observation de Meigs et des cas inédits de Montgomery et de Baker-Brown.

nommée Victorine A. Les premiers rapports avaient eu lieu chez elle à l'âge de 18 ans, ils avaient été très-douloureux et suivis d'un abondant écoulement de sang. Il existait une déchirure de l'orifice vaginal en arrière (*d*, fig. 24 A), en outre, sur un des côtés, il y avait un décollement circulaire de l'hymen au niveau de sa base, de sorte qu'il en résultait une ouverture par laquelle on pouvait faire pénétrer le doigt dans le vagin ; une bande de tissu (*y*, fig. 24. B) séparait alors le doigt de l'orifice vaginal réel. Jarjavay (1) et Schrœder (2) ont observé des faits du même genre. Pendant l'accouchement, la bande de tissu (*y*, fig. 24 B) s'est rompue et il en est résulté deux lambeaux (*z*, *z*, fig. 24, C) qui, en se rétractant, ont formé deux caroncules myrtiformes assez volumineuses. Une nouvelle déchirure s'est en outre produite (*d*. fig. 24, C) au niveau de l'ancienne.

En résumé, après l'expulsion d'un fœtus à terme ou près du terme, l'orifice vaginal offre un aspect absolument caractéristique. Dans deux cas récents, cet aspect nous a permis d'affirmer l'existence d'accouchements antérieurs chez des femmes qui niaient avoir jamais été enceintes, et qui ont ensuite avoué qu'elles avaient voulu tromper. En effet, c'est seulement après l'accouchement qu'on constate la présence des caroncules myrtiformes, la disparition partielle des bords de l'orifice vaginal et, par places, la continuation directe, à plein canal, de la vulve et du vagin. Ces déformations de l'entrée du vagin sont la conséquence.

1° D'un tiraillement, d'un déplissement des bords de l'orifice;

2° De leur destruction par gangrène en certains points ;

3° De la rétraction des lambeaux qui, en s'écartant, laissent entre eux un intervalle plus ou moins considérable ;

4° Et enfin, de décollements circulaires, lesquels ou bien

(1) Jarjavay : « Au lieu de se rompre, l'hymen se décolle exceptionnellement dans la moitié de son bord adhérent. J'ai observé cette variété trois fois. » (*Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 318.

(2) Schrœder. *Loco citato*, p. 7.

donnent naissance à des sortes de polypes pédiculés qui flottent à l'entrée du vagin, ou bien même peuvent produire de véritables ponts.

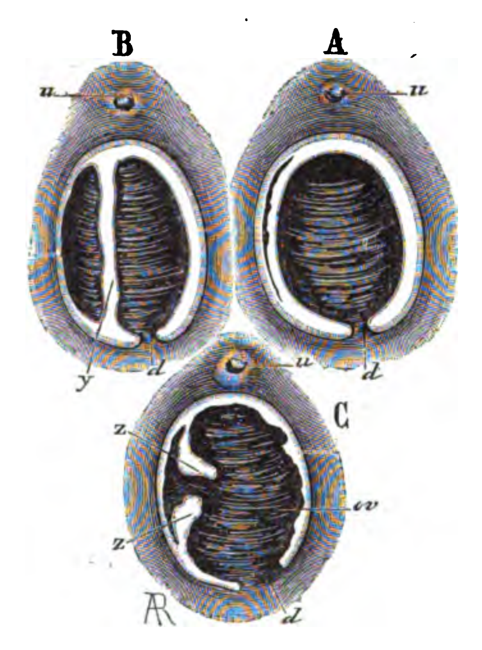


FIGURE 21.

A, *u*, Méat urinaire. — *d*, Déchirure due aux rapports sexuels; on voit, sur le côté droit, le décollement circulaire de l'extrémité antérieure du vagin. — B. *y*, Bande de tissu qui séparait l'orifice vaginal d'un autre orifice dans lequel on pouvait faire pénétrer le doigt. — C. La bande de tissu *y* s'est rompue pendant l'accouchement, et il en est résulté deux caroncules volumineuses, *zz*.

En résumé : l'hymen en tant que membrane propre, spéciale, distincte, indépendante, n'existe pas. La membrane qui apparaît sous les yeux lorsqu'on examine les organes génitaux et qu'on a décorée du nom d'hymen n'est autre chose que l'extrémité antérieure du vagin faisant saillie sur la muqueuse vulvaire entre les petites lèvres. Cette disposition anatomique permet d'expliquer un certain nombre de phénomènes ob-

servés au moment des rapports sexuels et de l'expulsion du fœtus, ainsi que les changements d'aspect de l'orifice vaginal et la formation, après le premier accouchement, des caroncules myrtiformes.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Guéniot lit un rapport sur un travail de M. le Dr Cauvy (de Béziers) intitulé : **De la Brachéotomie dans le cas de présentation de l'épaule quand la version est contre indiquée.**

(Séance du 9 juillet 1879).

M. Julliard (de Genève) communique une observation d'**étranglement interne survenu chez une femme atteinte de kyste ovarique.** Après que le kyste eût été enlevé par la gastrotomie, M. Julliard se mit à la recherche de la partie étranglée, L'étranglement une fois levé, on fit la toilette du péritoine, puis la suture de la paroi abdominale. La malade se rétablit.

(Séance du 16 juillet 1879).

M. le Dr Queirel de Marseille adresse la lettre suivante relative à deux opérations d'hystérotomie.

« Monsieur le Président,

« Dans sa séance du 14 octobre 1879, l'Académie a écouté avec l'intérêt qu'elle méritait l'observation si importante de M. Tillaux. Ce chirurgien distingué, avec la rectitude d'esprit qui le caractérise, a trouvé un mot pour dénommer une chose, disons-le, déjà ancienne. M. Duplay a proposé à l'Académie de lui communiquer une observation analogue à celle de son collègue. Je puis à mon tour rappeler deux observations publiées dans le numéro 6 (juin 1879) du *Marseille médical*, où l'opération, faite dans des conditions et pour des faits

identiques, a été suivie de succès. Double succès qui ne s'est pas démenti; car ces opérations remontent à 1875 et 1877, et les femmes qui les ont subies sont actuellement en parfaite santé. Chez la première, les ovaires ont été extirpés avec l'*utérus tout entier* (la section du pédicule portait sur le col), et pourtant les règles se sont montrées pendant plusieurs mois, 4 ou 5 fois au moins. Cette particularité rapproche encore ce cas de celui de M. Tillaux.

« Je tiens à la disposition de l'Académie les pièces pathologiques qui ont été déposées dans le musée de notre École de médecine.

« Ainsi que je le disais, j'ai suivi, à cette époque, en tous points la méthode de M. Péan, et j'ai cru qu'après les nombreux faits qu'il a publiés, cette opération, sans être devenue commune, était du moins acceptée par l'Académie et par tous les chirurgiens français. Depuis, on a cru l'inventer en Allemagne, et l'on a fait autour de cas plus récents un certain bruit; mais, comme toujours, nos voisins ont dépassé le but en pratiquant, ainsi que le fait M. Feund, par exemple, l'extirpation de l'utérus, y compris le col et une portion du vagin, pour des cas de cancer ulcéré.

« Je publierai incessamment quelques réflexions sur l'hystérectomie, qui rendront compte des cas heureux ou malheureux; mais celles-ci n'enlèvent rien au succès de M. Tillaux, et il eût eu l'occasion de pratiquer le premier en France l'hystérectomie, qu'il l'aurait fait de la même façon magistrale que récemment; mais... *cuique suum*.

« En vous priant, Monsieur le Président, de vouloir bien donner lecture de cette lettre, dans sa plus prochaine séance, à l'Académie, j'ai l'honneur, etc.

« QUEIREL. »

De l'hystérectomie appliquée au traitement des tumeurs fibreuses. — M. VERNEUIL : Je n'ai point encore pratiqué la résection utérine ou hystérectomie supérieure, et ne puis apporter à la question opératoire mon contingent d'expérience. Cependant je vous demanderai la permission de vous présenter quelques remarques sur cet important sujet.

Je ne chercherai pas à diminuer l'impression favorable produite par les intéressantes communications de MM. Tillaux et Duplay, étant le premier à féliciter nos habiles confrères des succès qu'ils ont obtenus. J'adopte l'hystérectomie et suis heureux de voir se produire

à cette tribune une protestation contre les conclusions trop exclusives du rapport que jadis Demarquay vous lut ici même, et qui n'était rien moins que favorable à l'opération en question. Nul doute que la résection utérine sus-vaginale ne convienne à certains cas exceptionnels et qu'on ne lui doive le salut de quelques malades.

Cette déclaration faite, je souhaiterais seulement que l'enthousiasme des opérateurs à venir n'allât pas trop loin, et qu'on voulût bien se rappeler que si la médecine opératoire actuelle intervient brillamment et utilement dans la cure des hystêmes, la thérapeutique non sanglante, de son côté, n'est pas aussi impuissante qu'elle l'était jadis et qu'elle compte également à son actif des résultats palliatifs et des cures radicales très dignes d'attention.

Nos deux collègues, je m'empresse de le dire, ont agi fort prudemment et n'ont pris le bistouri qu'avec la conviction qu'il ne restait rien autre à faire. M. Duplay, dans la dernière séance, a fort explicitement déclaré qu'une opération qui donnait encore 55 p. 100 de mortalité (à une époque où le pronostic opératoire s'améliore sur toute la ligne), qu'une telle opération « devait être réservée comme une ressource extrême dans les cas où le traitement médical a échoué, ou lorsque la tumeur devient une cause de danger imminent. »

J'adhère complètement à ces sages préceptes, et si j'ai pris la parole, c'est pour me plaindre de leur oubli trop commun. J'ai suivi depuis quelques années avec un vif intérêt les tentatives de cure radicale de tumeurs utérines, et trop souvent j'ai constaté que certaines opérations avaient été faites sans être précédées de tentatives sérieuses de traitement médical, sans nécessité absolue, et enfin sans souci suffisant de l'opportunité.

Or, si dans les temps où l'hystérotomie passait à bon droit pour une témérité, on se hâtait trop déjà de la pratiquer, que sera-ce maintenant qu'elle entre de plain-pied dans la pratique et qu'on la donne comme relativement bénigne ! Il faut s'attendre, j'en ai peur, à la voir conseiller et exécuter comme s'il s'agissait d'une simple ovariotomie. Mes craintes ne sont pas sans raison d'être.

Il n'est pas nécessaire d'être chirurgien de profession : il suffit de lire nos journaux, pour remarquer que depuis quelques années la chirurgie marche dans une voie singulièrement audacieuse ; à l'indifférence ou au découragement en matière d'affections chroniques a succédé un violent accès de *prurigo secandi*, une sorte de *délire opératoire* porté si loin, qu'on est sûr de voir, un jour ou l'autre, appliquer

au vivant, qui n'en peut mais, toute opération qui est praticable sur le cadavre.

C'est ainsi qu'on extirpe le larynx, la rate, le rein, non sèulement quand il est malade, mais encore quand il est simplement déplacé. C'est ainsi qu'on châtre les femmes, quand des ovaires, sains d'ailleurs, partent certains troubles nerveux; pendant que ceux-ci résèquent un tronçon de l'œsophage, un morceau de l'estomac, un fragment d'intestin, ceux-là font un grand carnage de malheureuses auxquelles ils arrachent l'utérus infiltré de cancer!

Il y a quelque cinquante ans un personnage dont j'ai sans regret oublié le nom, voulait combattre la stérilité, il proposa, pour faciliter l'accès des ovaires aux spermatozoïdes empêchés, de pratiquer le cathétérisme des trompes de Fallope. Il y a quelques jours, un autre inventeur proposait, tout au contraire, de créer la stérilité. Oh! la chose est bien simple : vous introduisez par la vulve, le vagin et la cavité interne, le stylet du galvano-cautère; vous le portez délicatement dans l'orifice interne de la trompe, vous poussez le bouton : le fil de platine rougit et cautérise le trajet intra-utérin; l'oblitération doit s'ensuivre, et voilà comment on se met à l'abri des fécondations intempestives,

Je m'attends tous les jours à lire dans les journaux d'un pays d'où partent généralement ces élucubrations, la description solennelle d'un procédé méthodique pour l'ablation du bulbe rachidien ou du foie, en cas d'asthme ou de jaunisse. Naturellement de nombreuses expériences sur les animaux prépareront l'application sur l'homme de ces importantes trouvailles.

Je ne sais vraiment si c'est chez moi un effet de l'âge, et si j'entre déjà dans la période d'affaiblissement sénile; mais je me refuse absolument à voir dans cette débauche sanglante les caractères du véritable progrès thérapeutique.

Je veux bien croire que les intentions sont des plus pures, et qu'un amour sans bornes pour l'humanité est le seul mobile des hardis pionniers de la chirurgie. Je ne vois rien de plus légitime que la lutte persévérante de la science et de l'art contre la maladie, et pas de victoire plus glorieuse que celle qu'on remporte sur une affection regardée jusqu'alors comme incurable; mais je pense que la poursuite du bien et du mieux a aussi ses limites, qu'il ne faut pas, pour défendre la vie, adopter le procédé opératoire de l'ours de la fable et que, sous prétexte de chercher une guérison invraisemblable, il ne

faut pas expédier dans la huitaine, sinon plus tôt, ses patients vers les sombres bords. *Primo non nocere* est un axiome que la vraie thérapeutique chirurgicale ne doit jamais oublier.

Ces tentatives, je le sais, semblent justifiées; on invoque, d'une part, les succès de l'ovariotomie, qui, après avoir été condamnée par de grands tribunaux scientifiques, est aujourd'hui l'une des plus brillantes et des plus utiles opérations de la chirurgie; puis on se flatte de tout entreprendre avec l'aide de la méthode antiseptique. Je donnerai brièvement mon avis sur ces deux points.

En ce qui touche la méthode antiseptique, dont personne ne me croira l'adversaire, puisque j'en soutenais ici même les principes il y a plus de dix ans, je déclare qu'on se trompe en y comptant trop. Si elle est souveraine pour les blessures extérieures, elle n'intervient guère encore pour les opérations profondes, pratiquées dans les cavités. Je citerai la taille, la trachéotomie, l'ablation des tumeurs du rectum, etc. Donc il ne faut pas s'abriter derrière elle et lui demander plus qu'elle ne peut donner, en particulier dans l'hystérectomie. Quant à assimiler cette dernière à l'ovariotomie, la chose me paraît impossible, pour plusieurs raisons; le kyste de l'ovaire est une affection grave, qui tend presque toujours à s'accroître et qui, la statistique l'a bien prouvé, abrège très notablement la vie. La thérapeutique médicale n'y peut rien, pas plus que pour toutes les autres dégénérescences kystiques. Le traitement palliatif est certainement plus utile; mais il n'est pas dépourvu de danger. Le traitement radical est devenu presque exempt de péril : aussi le préconise-t-on sans scrupule.

Combien les choses sont différentes pour l'hystérome ! Il est fort commun, passe souvent inaperçu, comme on s'en peut assurer en suivant les autopsies de la Salpêtrière; il peut rester longtemps stationnaire ou s'accroître très lentement. A l'époque de la ménopause, il cesse ordinairement de grossir. Généralement il ne compromet guère la vie, et je pense qu'il n'est point de praticien un tant soit peu répandu qui ne connaisse au moins une douzaine de femmes vivant fort bien avec leur myome utérin. Depuis trente ans que je suis dans les hôpitaux, à peine ai-je le souvenir d'avoir vu une ou deux femmes succomber à des corps fibreux de la matrice. Voilà pour la bénignité.

Le traitement médical n'est pas ici dépourvu d'efficacité. Souvent, j'en conviens, il n'est que palliatif, faisant cesser les pertes quand

elles existent, modérant ou arrêtant l'accroissement de la tumeur ; mais parfois aussi il est absolument curatif.

Je fais allusion ici au traitement par le seigle ergoté *intus et extra*, dit aussi traitement de Hildenbrandt. J'ai depuis longtemps constaté moi-même son efficacité dans une proportion de cas très satisfaisante. J'associe à l'ergotine les injections hypodermiques de morphine, quand il y a des signes de congestion utéro-ovarique douloureuse. Je combats également cette congestion par les bromures et d'autres moyens accessoires ; en un mot, par un ensemble de mesures que je n'ai point ici à exposer, j'arrive à dominer le plus souvent les accidents et pour le moins à gagner du temps, ce qui peut être très précieux, si l'opération est inévitable.

Ce traitement m'a paru surtout efficace dans les cas particulièrement graves, où le néoplasme marche rapidement et acquiert vite un volume considérable. J'ai vu un cas de ce genre bien involontairement, en assistant un de mes collègues, qui, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, s'était mis en devoir de l'opérer. La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était extrêmement molle, comme fluctuante ; elle était sillonnée d'énormes vaisseaux, surtout sur les bords latéraux de l'utérus. L'extirpation fut suivie d'une mort rapide.

Or, c'est précisément dans un cas fort analogue, chez une jeune femme de vingt et un ans, que j'ai obtenu, par le traitement interne seul, le plus brillant succès. La maladie datait à peine de dix à douze mois. La tumeur avait atteint l'ombilic, et remplissait néanmoins le petit bassin. M. le Dr Fiaux me demanda conseil. Je fus d'avis d'essayer l'ergotine, tantôt par la bouche, tantôt par le tissu conjonctif. Au bout d'un an il ne restait pas trace de la tumeur. La jeune dame jouit toujours de la plus brillante santé.

J'ai connaissance de quelques autres succès obtenus d'après les avis que j'avais donnés. Je compte aussi des améliorations très grandes, et en particulier l'arrêt prompt des hémorrhagies internes.

Enfin, dans ces derniers temps, j'ai constaté d'une façon non douteuse l'efficacité des courants électriques. Je vis, avec mon collègue et ami, M. le professeur Brouardel, une jeune dame de magnifique apparence, affectée depuis quelques mois de douleurs dans l'abdomen.

Nous découvrîmes une tumeur qu'après mûr examen et délai suffisant nous déclarâmes être un fibrome utérin d'un volume déjà considérable. L'ergotine était assez mal tolérée. C'est alors qu'ayant lu

un mémoire de M. le Dr Chéron où était recommandé l'emploi de l'électricité, nous fîmes appel à ce confrère. M. Brouardel suivit les progrès de la cure et en fut vivement impressionné.

La tumeur diminua très rapidement, les malaises s'amendèrent à ce point que la malade qui, avant le traitement, pouvait à peine faire une course de vingt minutes, est récemment partie pour un voyage en Russie, et cependant le fibrome, au moment du départ, n'avait pas encore disparu.

Je conclus de tout ceci :

Que l'hystérectomie est certainement une bonne opération, qui restera dans la pratique pour des cas exceptionnels.

Que ceux-ci deviendront de plus en plus rares à mesure qu'on appliquera mieux et plus à temps les agents de la thérapeutique médicale.

Que parmi ceux-ci il faut compter au premier rang les préparations de seigle ergoté et probablement les courants électriques.

(Séance du 28 octobre, *Bull. de l'Ac.*).

Paris, le 21 octobre 1879.

Monsieur le Président.

Dans une des dernières séances de l'Académie, M. le Dr Tarnier a présenté au nom de M. le Dr Delore, de Lyon, une boîte gynécologique, renfermant une seringue à injection intra-utérine que ce dernier a considérée comme étant un modèle nouveau.

Je prends la liberté de vous prier de faire observer à l'Académie que depuis une dizaine d'années j'ai fabriqué sur les indications de Mr le Dr Gallard, médecin de la Pitié, un instrument exactement semblable que tout le monde a pu voir dans ma vitrine pendant toute la durée de l'Exposition de 1878 et qui est annoncé dans tous mes catalogues et notices.

Je joins à l'appui de ma réclamation un exemplaire de mon dernier catalogue et de ma notice et je tiens l'instrument à la disposition de ceux de MM. les membres de l'Académie qui voudraient bien me faire l'honneur de venir l'examiner.

Veuillez, Monsieur le Président, agréer l'assurance de mon profond respect. A. Aubry.

Nota. — Cette seringue se fait depuis deux grammes jusqu'à dix grammes.

(Séance du 4 novembre 1879).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies des femmes, par T. Gallard, médecin de la Pitié. Seconde édition, Paris, 1879. Un vol. in-8 de 1000 pages, avec 158 fig. dans le texte. J.-B. Baillère.

Ce n'est pas une seconde édition de ses leçons cliniques, mais bien un livre nouveau que M. Gallard vient de publier aujourd'hui. Loin de nous en plaindre nous sommes au contraire très satisfaits de voir les remaniements et les additions dont le nouveau volume a été l'objet. Nous voyons avec plaisir que l'auteur s'est décidé à nous donner sous la forme modeste de *Leçons cliniques* un véritable traité complet des maladies des femmes. Une fois terminé l'ouvrage comprendra deux volumes : celui que nous analysons aujourd'hui et un second qui paraîtra à la fin de l'année 1880 et contiendra les *maladies des ovaires* et les *troubles de la menstruation*. Qu'il nous soit donc permis de féliciter l'auteur de l'heureuse idée qu'il a eue d'enrichir notre littérature médicale d'un ouvrage complet sur la gynécologie et faire bénéficier ses confrères de son expérience personnelle et de l'enseignement qu'il professe depuis de longues années à la Pitié.

Tous les chapitres de ce volume ont été profondément remaniés; la plupart ont reçu d'importantes additions et plusieurs autres sont absolument nouveaux, ce sont ces derniers que nous allons surtout examiner.

En premier lieu nous citerons un long et remarquable chapitre consacré à l'historique. M. Gallard qui a étudié cette question avec le plus grand soin, divise l'histoire de la gynécologie en quatre périodes. Une première période gréco-romaine, d'Hippocrate à Paul d'Egine; une deuxième période comprenant le moyen âge, du septième au seizième siècle; une troisième période correspondant à la Renaissance et s'étendant de la fin du quinzième au dix-neuvième siècle, et enfin une période contemporaine commençant avec Récamier et le spéculum. Cette partie de l'ouvrage, très-instructive et très originale, intéresse vivement tous les médecins qui s'occupent de gynécologie. M. Gallard y a accumulé un nombre considérable de faits inédits et y a fait preuve d'une vaste érudition.

Nous passons sous silence l'article contenant les notions anatomiques les plus essentielles pour arriver à un chapitre très intéressant

qui ne figurait pas dans la première édition et que M. Gallard a consacré à l'étude élémentaire de l'embryogénie et des vices de conformation des organes génitaux,

Les chapitres IV, V et VI consacrés à l'exploration des organes génitaux ont été considérablement remaniés et augmentés. Nous recommandons surtout aux praticiens les excellents préceptes que donne l'auteur sur le cathétérisme utérin et l'endoscopie utérine.

Deux chapitres qui n'existaient pas dans l'édition précédente ont été consacrés à l'étude des maladies de la vulve, du vagin et de l'urèthre. Nous y remarquons, à côté d'une excellente description clinique de ces divers états morbides, quelques applications médico-légales que le praticien sera très agréablement surpris d'y trouver. Signalons également un article fort original et très complet sur les polypes de l'urèthre.

Mais le chapitre sur lequel nous désirons particulièrement appeler l'attention de nos lecteurs est celui dans lequel l'auteur a étudié cet état morbide récemment baptisé par Sims du nom de *vaginisme*. Ce sujet si scabreux a été traité par M. Gallard avec un soin et une délicatesse vraiment remarquables. A côté d'aperçus ingénieux sur l'étiologie de cette affection qui n'est souvent qu'un symptôme, nous trouvons des indications thérapeutiques d'une grande valeur qui permettront au praticien de surmonter les difficultés qu'on rencontre si souvent dans le traitement. Nous recommandons surtout les passages relatifs à l'influence des premiers rapprochements sur la production du vaginisme et les *conseils à donner aux jeunes mariés* qui désirent se prémunir contre cette redoutable affection.

Signalons encore parmi les chapitres qui ne figuraient pas dans la première édition une étude très complète sur l'*hypertrophie de la portion sus-vaginale du col utérin.*

L'espace nous manque pour donner une analyse plus complète de cet ouvrage qui se recommande par deux qualités essentielles : la netteté et la précision. Ajoutons que le livre est dépourvu de cette aridité dogmatique parfois si pénible et que la lecture en est facile et même agréable. Tout en ajoutant une importance capitale au fond, M. Gallard n'a pas voulu négliger la forme et ses *Leçons cliniques sur les maladies des femmes* peuvent être considérées comme un des meilleurs ouvrages de notre littérature médicale contemporaine.

A. LUTAUD.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MALADIES CHIRURGICALES DE LA FEMME.

Par M. le professeur TRÉLAT.

Leçon, recueillie par M. Coudray, interne des hôpitaux.

Je dois vous signaler, avant d'entrer de plain pied dans mon sujet, les motifs qui m'ont décidé à choisir comme étude dans les leçons de cette année : les maladies chirurgicales de la femme.

J'avais pensé un moment, après avoir épuisé dans un enseignement de huit années les principales questions de la chirurgie, j'avais pensé, dis-je, reprendre le même cycle de mes leçons, mais comme ces sujets sont abordés dans les cours accessoires de pathologie externe, j'ai préféré choisir une étude nouvelle.

Les maladies des femmes sont peut-être les plus mal connues de toutes.

Chirurgiens et médecins négligent en général d'attirer sur elles l'attention des élèves, les regardant comme trop spéciales, et d'autre part les élèves sont rarement tentés de les bien étudier, parce qu'elles ont un abord peu commode, qu'elles ont quelque chose de pudique, de caché.

Et cependant, messieurs, ces maladies méritent d'être bien connues, car elles sont extrêmement fréquentes, et sans entrer maintenant dans le détail de l'étiologie, n'est-il pas évident que l'usage prématuré des relations sexuelles, que l'exercice exagéré de la fonction de reproduction ne soient une source féconde des maladies féminines.

Outre cette fréquence extrême, les maladies des femmes peuvent prendre un caractère de haute gravité, nécessiter une intervention grave.

Je sais bien que tous, vous n'affronterez pas le danger des grandes opérations, mais tous vous aurez à les indiquer à vos malades, tous vous serez appelés à juger des conséquences possibles de pareilles interventions.

Je connais, messieurs, un moyen d'aborder la pratique de ces maladies, il consiste à acheter une trousse de gynécologie et à s'intituler : spécialiste gynécologue. C'est là un procédé commode, je l'avoue, mais peu régulier, et je ne vous conseille pas d'y recourir. Si vous m'en croyez, vous puiserez dans ce cours ou à de bonnes sources, les notions qui compléteront votre instruction en matière de gynécologie et qui vous permettront d'exercer d'une manière favorable cette partie importante de la pratique médicale.

L'expression de gynécologie est prise dans des acceptions diverses. Tout d'abord, et on le conçoit facilement, l'étude des maladies des femmes fut faite presque exclusivement par les accoucheurs. En effet, ces praticiens, consultés tantôt pour une impossibilité de grossesse, tantôt appelés après l'accouchement pour des maladies consécutives, étaient tout naturellement plus

à portée que les autres médecins pour bien étudier les affections particulières à la femme.

Bientôt cependant, les médecins réclamèrent une place dans les études gynécologiques, se fondant sur ce fait qu'on voit fréquemment les affections utéro-vaginales survenir sous l'influence d'une maladie générale (scrofule, arthritisme, etc.). Enfin les chirurgiens ne peuvent pas non plus se désintéresser d'une question dans laquelle leur intervention devient assez souvent nécessaire. Il en résulte qu'il existe dans la science gynécologique des courants, des tendances en rapport avec l'ordre d'idées dans lequel se trouvent les divers auteurs. Je n'en veux pour preuve que quelques-uns.

C'est ainsi que le traité de M. Ch. West est un livre de gynécologie médicale; de même l'ouvrage récent de M. Martineau est dirigé dans un sens médical, tandis que les ouvrages d'Huguier, de Marion Sims sont des livres de clinique gynécologique.

Je n'ai pas l'intention d'étudier devant vous toutes les maladies des femmes, mais seulement celles dans lesquelles l'intervention opératoire est susceptible de se montrer; par exemple, les vices de conformation des organes génitaux internes et externes, les tumeurs de l'utérus et des annexes, les déchirures du périnée, les fistules vaginales, etc.

Vous voyez donc, messieurs, par cette simple et rapide énumération que l'étude entreprise par moi se trouve suffisamment motivée.

Enfin, si le temps me le permet, j'ajouterai aux sujets que je viens d'énumérer l'étude des maladies chirurgicales du sein.

Dans cet examen des maladies chirurgicales de la femme, j'aurai surtout en vue de vous fixer, de vous mettre sous les yeux les indications et contre-indications thérapeutiques. A ce propos je crois qu'il nous sera utile de jeter un coup d'œil général sur les tendances de la chirurgie qui ont eu un si grand retentissement sur les maladies chirurgicales de la femme pendant ces quarante dernières années.

Au début de mes études une période qu'on peut caractériser

par le mot de fougue opératoire venait de se terminer; c'était le fruit des grands travaux d'anatomie chirurgicale du commencement du siècle.

Dans cette période qui était à son summum de 1820 à 1840 environ, les chirurgiens, sous l'empire des notions plus précises qu'ils possédaient sur les rapports anatomiques des organes, les chirurgiens, dis-je, ne craignaient qu'une chose : c'était de voir mourir les malades entre leurs mains; mais lorsque la mort immédiate n'était pas à craindre dans une opération, le bistouri s'en allait hardiment fouiller dans la profondeur des organes pour extirper les tumeurs et lier les gros troncs vasculaires. C'est à cette époque qu'Ast. Cooper proposait et exécutait la ligature de l'aorte; c'est à ce moment qu'on célébrait l'exploit chirurgical de Jobert (de Lamballe), jeune alors, enlevant une tumeur de la paroi thoracique, réséquant du même coup les côtes et la plèvre; résultat admirable ! le malade ne mourait que soixante-dix heures après l'opération.

Avec l'anesthésie chirurgicale qui remonte en réalité à 1846, et nous rappelle les noms de Jackson et Morton pour l'éther, et un peu plus tard de Simpson d'Édimbourg pour le chloroforme, la pratique opératoire se transforma. Auparavant, le chirurgien visait surtout à la rapidité dans l'exécution ; c'est au milieu des cris, au milieu des mouvements de défense de la part des malades qu'il faisait ou plutôt escamotait son opération. Avec l'anesthésie, ai-je dit, tout change. Plus d'opérations rapides et brutales; au contraire, des précautions minutieuses, des ménagements, et tout cela au plus grand profit des malades.

Mais cependant, messieurs, même après cette belle découverte de l'anesthésie, malgré ce grand progrès accompli, et quand il eut donné à la pratique opératoire une large base de sécurité, la chirurgie s'aperçut que les résultats obtenus n'étaient pas toujours satisfaisants, que des accidents graves venaient compromettre des situations que les traitements les mieux dirigés semblaient devoir rendre très favorables. Un assez grand nombre d'opérés succombaient à la suite d'accidents septiques, et ces revers étaient constatés par les chirurgiens de tous les pays.

Je n'en citerai pour preuve que les noms d'Heyferder en Russie, de Simpson d'Édimbourg, de Syme en Angleterre. Ces revers étaient attribués en grande partie à l'usage de l'instrument tranchant. De là vient l'apparition d'une thérapeutique chirurgicale parfois bizarre. Les uns affolés ne veulent plus opérer que dans le cas de danger imminent; d'autres cherchent des procédés opératoires extraordinaires : le couteau est banni de la pratique, on arrache les membres, on les brise; quelques chirurgiens proposent de revenir à la cautérisation des moignons abolie par A. Paré; un certain nombre inondent les plaies opératoires de perchlorure de fer.

C'est de cette époque que date l'écraseur linéaire, instrument précieux échappé à ce naufrage du bon sens chirurgical. J'étais alors chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, et je succombais au fardeau des désastres qui m'accablaient : tous mes amputés de l'année 1868 mouraient, et je n'étais pas seul à gémir de cette lamentable situation.

Depuis, un changement profond s'est opéré. Pourquoi et comment? Ce serait trop long à raconter ici; toujours est-il que cet excès de douleurs a enfin trouvé son terme.

De tous côtés un travail énorme s'est accompli dans l'esprit des chirurgiens. Par des moyens divers ils ont saisi les difficultés corps à corps, et sont enfin parvenus à tuer le germe dans l'œuf, c'est-à-dire la septicémie dans sa genèse.

Il est juste de nommer deux hommes qui dans ce mouvement ont occupé le premier rang; M. Alphonse Guérin en introduisant son pansement ouaté et M. Lister, chirurgien anglais, qui par ses travaux et sa pratique a doté la chirurgie d'un pansement qui est une révolution. Depuis lors, on a vu les plaies opératoires évoluer rapidement avec un bel aspect, les accidents septiques n'ont plus fait çà et là que de rares apparitions; la pratique chirurgicale a été transformée.

Voilà, je ne dirai pas l'histoire de la chirurgie contemporaine, mais les grandes périodes qui sont les traits les plus caractéristiques de cette histoire.

C'est donc un progrès immense, mais le mieux est l'ennemi

du bien, et déjà l'abus monte sur les épaules du progrès et risque de l'abattre. L'ardeur chirurgicale renaît, et s'il nous faut employer les grandes chambres closes pour l'anesthésie par le protoxyde d'azote, certains appareils à écrasement qu'on propose pour l'amputation des membres, s'il nous faut adopter la scie mécanique, remarquable du reste, que M. Ollier montrait dernièrement à la Société de chirurgie, si nous acceptons dis-je, toute cette instrumentation, les hôpitaux et la pratique chirurgicale privée réclameront de vastes ateliers pour loger ces volumineux et puissants organes.

Mais on ne s'en est pas tenu là; ce n'est pas seulement l'instrumentation qui en est arrivée à ce développement excessif. Enhardis jusqu'à la témérité par les admirables résultats de la chirurgie antiseptique, certains opérateurs s'en vont réséquer le pharynx et le larynx, enlever des portions de l'estomac, extirper le bas-fond de la vessie avec le plancher du bassin, faire l'ablation d'un utérus cancéreux et s'abandonnent au charme de l'ovariotomie normale pour *hâter la ménopause* !

Il n'y a pas lieu de s'étonner trop de ces excès, encore moins de s'en alarmer. Les chirurgiens sont encore gens de bon sens et d'honnêteté, et par ce temps de chemins de fer, de télégraphes et de journaux, nul doute que ces opérations ne soient promptement jugées à leur valeur, et ne tombent, au moins la plupart d'entre elles, dans un juste oubli.

Et d'ailleurs ne voyons-nous pas déjà ce qui se passe pour certaines opérations ou certaines manœuvres qui touchent de plus près à notre étude actuelle. Il y a une vingtaine d'années, un chirurgien de Londres, ayant cru reconnaître que la névralgie de la vulve avait pour siège le clitoris, n'hésita pas à proposer l'ablation de cet organe et les douleurs disparurent du même coup. Enhardi par ce succès, le même chirurgien se laissa aller à pratiquer la même opération pour de simples démangeaisons de la vulve; mais sa vogue ne fut que de courte durée, il fut obligé de rétrograder sous l'influence de l'opinion et enfin complètement laissé de côté.

Simon de Roskoff a proposé pour le diagnostic des maladies

de l'abdomen d'introduire la main et l'avant-bras dans le rectum et le gros intestin pour aller saisir les tumeurs jusqu'au niveau de l'estomac. Aujourd'hui ce procédé est jugé. Tous les chirurgiens ne sont pas encore arrivés à avoir la main assez petite pour l'introduire facilement dans le rectum ; ils pensent en tout cas, qu'une pareille manœuvre, même en admettant qu'elle aide le diagnostic présente le danger trop imminent de déchirer, de rompre l'intestin.

J'en dirai à peu près autant de certaines opérations hasardeuses qui sont pratiquées fréquemment à l'étranger. En Amérique, l'ovaire est-il le siège de douleurs, existe-t-il en même temps des troubles menstruels, les chirurgiens n'hésitent pas à extirper cet organe ; c'est l'opération de Battey à laquelle je faisais allusion tout à l'heure; cette opération, je le répète est faite usuellement en Amérique et un peu en Angleterre.

Jusqu'ici, nous, chirurgiens français, nous sommes récalcitrants à cette pratique ; avous-nous complètement tort? je ne le pense pas, pour la majeure partie des cas.

Dans la même catégorie de faits rentre l'opération suivante faite par un chirurgien d'Allemagne. Il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'imperforation du vagin ; le sang des règles s'écoulait par l'orifice de l'urèthre, et l'époque menstruelle était précédée de vives douleurs. Enlevons l'ovaire, se dit le chirurgien, hâtons la ménopause, et cet état de choses cessera. Le ventre ouvert, l'ovaire gauche se présente avec un léger aspect pathologique, il est laissé en place ; l'ovaire droit qui est tout à fait sain est enlevé. Mais le piquant de la chose c'est que huit jours après l'opération, la malade avait de nouveau ses règles. Ce n'est là qu'une mésaventure comique, mais dans d'autres circonstances analogues, il y a des malades qui paient de leur vie cette ardeur opératoire. Je ne doute pas que d'ici peu de temps cette rage de castration féminine ne subisse une forte diminution.

L'utérus lui aussi mérite une place dans cette série d'opérations. Enlever l'utérus est une opération qui remonte très loin, ce n'est pas, tant s'en faut, une nouveauté. Marshall de Stras-

bourg, l'avait proposée en 1794, Paletta y était revenu en 1812, Soter en 1822. Delpech avait médité cette idée et Langenbeck présentait on 1842 à Gœttingue une thèse intitulée : *De totius uteri extirpatione*.

Plus tard on reculait devant les impossibilités ou les revers; on se bornait à extirper le col, mais combien de museaux de tanche nullement cancéreux ont-ils été ainsi enlevés? Vers la fin de sa carrière, Lisfranc, qui longtemps enleva chaque année une quinzaine de cols utérins, en était venu à n'en plus enlever qu'un ou deux; puis l'opération était devenue de plus en plus rare, tant il est exceptionnel qu'un diagnostic précoce permette une opération opportune.

Voilà qu'on revient aujourd'hui à l'ancienne pratique, on enlève de nouveau tout l'utérus *cancéreux*. Sur 30 opérations, il y a 20 morts, 2 fois on lie les uretères. Et les 10 guérisons, que valent-elles? 3 récidives dans les six mois; on ignore ce que sont devenus les autres malades. Est-ce de la chirurgie bien encourageante, et peut-on se flatter au moins, que les survivantes de ces grands désastres aient la vie définitivement sauve. Il est difficile de l'espérer, et vous jugerez vous-mêmes, messieurs, si ces pratiques opératoires sont une conquête bien précieuse.

(*A suivre.*)

RECHERCHES
SUR LES DIFFÉRENTS OBSTACLES QUI RETIENNENT LE FŒTUS QUAND SA TÊTE SEULE OU SUIVIE D'UNE PARTIE DU TRONC A FRANCHI L'ORIFICE VULVAIRE PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Par le Dr Lizé (du Mans),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Experientia docet.

Dans le domaine de plus en plus étendu de la science moderne, la division nécessaire du travail a fait naître toute une génération d'esprits actifs qui creusent le même sillon et méritent le nom de *spécialistes.* En voulant enchaîner ainsi l'intelligence aux détails on la rend propre à bien juger les cas particuliers, sans amoindrir sa portée philosophique, car elle parvient à déduire sûrement les règles de pratique d'une ou plusieurs séries d'observations antérieures.

Quand à nous notre champ d'exploration est l'obstétrique et nous sommes heureux de contribuer de temps en temps à sa culture par l'étude analytique des faits qui ont besoin d'être rassemblés et mis en évidence.

Cela dit en manière d'introduction abordons de suite le sujet dont le titre vient d'être énoncé plus haut, et sans être rompu à toutes les difficultés de l'exposition didactique, essayons au moins d'être clair et net.

Quand la tête du fœtus a franchi la vulve pendant le travail de l'accouchement, on ne voit pas toujours le reste du corps suivre librement et promptement. Ce temps d'arrêt peut dépendre de causes diverses provenant soit de la mère soit de l'enfant lui-même.

Quand l'obstacle siège dans le voisinage de la vulve, il est possible de le préciser par le toucher; mais s'il existe dans l'excavation pelvienne à une certaine hauteur, le diagnostic devient très difficile à établir, parce que le tronc du fœtus obstrue les voies maternelles au point de rendre le toucher impraticable.

Pour éclairer la conduite à tenir dans ces différentes circonstances, il est donc rationnel de classer les faits en deux groupes comprenant d'abord ceux qui sont sous la dépendance d'une cause voisine des parties externes de la mère, et ensuite ceux qui tiennent à une cause plus profondément cachée.

PREMIÈRE PARTIE.

Obstacles qui siègent dans le voisinage de la vulve.

Il est bien entendu que les obstacles considérés près de la vulve sont tous ceux qui sont facilement accessibles au toucher; aussi, dès qu'on arrive à une hauteur où l'exploration ne fournit plus d'indices clairs au diagnostic, il est urgent d'établir une ligne de démarcation où commencent les obstacles plus profonds.

OBSERVATION I (abrégée). — *Position transversale du vertex; extraction de la tête avec le forceps; temps d'arrêt des épaules à cause de l'étroitesse de la vulve.*

L. V..., 24 ans, primipare, d'une forte constitution, ressentit les premières douleurs du travail le 11 novembre 1810. Elle vint à l'hospice le lendemain à quatre heures du soir; il y a avait 30 heures que les membranes étaient rompues. L'orifice utérin, à peine ouvert, était épais et dur; la tête du fœtus couverte d'une tumeur et appuyant sur le détroit supérieur du bassin. Nul changement pendant la nuit, ni la journée suivante. L'étroitesse de l'orifice ne permettait de rien tenter de décisif, et l'on emploie la saignée, les bains, les injections.

Le 13, à quatre heures du matin, la dilatation se trouva complète; mais la tête, à peine engagée dans le détroit abdominal, était dirigée de façon que le front était à droite et l'occiput à gauche. Le resserrement de l'utérus, depuis longtemps vide d'eau, éloignait tout projet d'extraction par les pieds; le forceps fut donc préféré. En conséquence, dit Mme Lachapelle, je portai d'abord la branche gauche sous la symphyse pubienne; mais la droite ne put passer entre l'an-

gle sacro-vertébral et la tête; il fallut me contenter de tenir la première sous l'éminence ilio-pectinée droite, et la deuxième sur la symphyse sacro-iliaque gauche. En cherchant à réunir les branches, je les sentis glisser sur les côtés du bassin; la tête se trouva prise du front à l'occiput; cependant elle descendit aisément jusqu'au détroit inférieur; là elle fut abandonnée aux efforts de la nature, l'instrument fut ôté. L'utérus avait dès longtemps cessé de se contracter, et les efforts de la femme ne parvinrent qu'à opérer la *rotation horizontale* qui amena l'occiput dans l'arcade. Après ce mouvement, la tête n'avança plus; l'*étroitesse de la vulve s'opposait à sa sortie*; il fallut réappliquer le forceps. Rien de plus simple que l'extraction; *le périnée resta intact, et tellement même que la sortie des épaules en fut empêchée*, au point de me forcer à porter le crochet mousse sous l'aisselle gauche qui était en arrière. L'enfant volumineux était mort, la mère s'est bien rétablie (1).

Évidemment l'*étroitesse de la vulve forme ici le principal obstacle* à l'expulsion définitive de l'enfant, une fois sa tête sortie au dehors; cependant l'inertie utérine a eu aussi sa part d'influence.

OBS. II (personnelle). — *Rétrécissement du détroit inférieur; extraction de la tête fœtale avec le forceps; temps d'arrêt, extraction du tronc avec le crochet mousse.*

La fille S..., domestique, âgée de 25 ans, un peu contrefaite par le rachitisme, entre à la maternité du Mans, le 10 juillet 1865.

Dans les quinze derniers jours de la grossesse, au toucher, nous observons que l'arcade pubienne n'avait pas ses dimensions ordinaires; la branche ischio-pubienne du côté droit était plus avancée sur le plan antéro-postérieur que la branche gauche, et nous diagnostiquons un *rétrécissement du diamètre transverse du détroit inférieur*. Le travail chez cette fille, déclaré le 26 juillet au matin, se poursuit sans résultat jusqu'au 27 au soir, moment où la tête était descendue dans l'excavation. Une application de forceps put la *faire sortir au dehors, mais elle y resta fixée sans que le fœtus pût achever son expul-*

(1) *Pratique des accouchements*, par Mme Lachapelle, t. I, p. 265, 266 et 267.

sion. Sans aucun doute, la résistance était au niveau du détroit inférieur et par conséquent facile à rompre. En effet, après avoir fait la rotation des épaules, le crochet mousse est appliqué dans l'aisselle qui était en arrière et l'extraction s'exécuta promptement.

Enfant vivant, la mère se rétablit vite.

OBS. III. — *Accouchement en occipito-iliaque gauche antérieure; extraction de la tête avec le forceps; arrêt des épaules par le rétrécissement du détroit inférieur.*

Mme M..., âgée de 26 ans, de taille moyenne, à tempérament lymphatico-sanguin, éprouve les premières douleurs du travail le 7 octobre 1858. A cinq heures trois quarts du soir, le Dr Mattei est appelé; à six heures, il rompt la poche des eaux et la tête fœtale descend sur le détroit inférieur. Les contractions ont continué avec énergie; la femme les aide par des efforts volontaires très intenses, mais la tête n'avance plus, elle reste même immobile pendant la contraction, ce qui indique la présence d'un obstacle provenant des parties dures.

Une heure se passe dans cet état. L'occiput est derrière le pubis; la tête commence à se couvrir d'une bosse sanguine, le Dr Mattéi essaie de passer les doigts entre la tumeur céphalique et l'arcade pour opérer la flexion; mais tout est vain. On voit que le détroit inférieur *dont on constate le rétrécissement avec les doigts*; on voit que ce détroit est le seul obstacle à la progression du fœtus. Deux tractions avec le forceps ont suffi *pour faire sortir la tête du détroit inférieur.* Les épaules s'étant présentées en travers, comme d'habitude, n'ont pu effectuer leur mouvement de rotation. Pour obtenir ce résultat, l'habile accoucheur ramena l'épaule gauche en arrière, puis, en accrochant les aisselles, *il fit passer les épaules par le détroit inférieur au moyen de fortes tractions* (1).

Dans ces deux observations, le rétrécissement du détroit inférieur et le défaut de rotation des épaules se sont réunis pour entraver l'expulsion définitive du fœtus.

---

(1) *Clinique obstétricale de Mattei*, t. II, p. 17, 18 et 19.

OBS. IV (personnelle). — *Présentation du sommet; tête hors de la vulve avec le pied gauche; temps d'arrêt invincible; décollation et extraction définitive du tronc.*

Femme âgée de 25 ans, domestique, entrée à la maternité du Mans le 5 mars 1865, vers sept heures du soir. Les membranes étaient rompues la veille au matin, et le travail marcha très lentement à cause de l'engagement simultané de la tête et du pied gauche du fœtus. Pour hâter la terminaison de l'accouchement, une sage-femme de la ville tira le pied, de sorte que ces deux parties fœtales parurent simultanément au passage. Puis, continuant la même manœuvre, elle put les *faire sortir ensemble au dehors, mais sans pouvoir extraire le reste du fœtus.* Les battements du cœur étant tout à fait éteints, après quelques tractions également inutiles, nous pratiquons *la décollation*, et à l'aide d'un lacs attaché sur le pied procident, nous parvenons à faire sortir le tronc, au prix d'efforts très énergiques.

Dans cette circonstance, la saine pratique obstétricale exigeait de ne pas tirer sur le membre, parce que ces efforts contribuèrent à faire sortir en même temps et ce membre et la tête fœtale; de là l'impossibilité d'entraîner le tronc à la suite. Avant l'engagement de ces deux parties dans le passage, il fallait, d'après le conseil de Mᵉ. Lachapelle, repousser le pied dans l'utérus : c'était un moyen de permettre à la tête de se présenter seule et la première. Une application de forceps sur elle ont vite achevé l'accouchement.

OBS. V (personnelle). — *Accouchement en première position du sommet; brièveté accidentelle du cordon; la tête fœtale expulsée demeure appliquée contre la vulve; temps d'arrêt du tronc.*

Mme S..., 22 ans, secundipare, est prise de douleurs le 26 février 1878, à deux heures du matin; elle accouche à cinq heures, c'est-à-dire trois heures après, d'un enfant du sexe masculin. La rotation de la tête avait été longue à se faire, et une fois *chassée au*

dehors, celle-ci demeurait appliquée contre la vulve sans être suivie par le tronc qui ne put céder à l'effort modéré des tractions.

Le doigt porté autour du cou y trouve le cordon enroulé; nous essayons de l'attirer pour le faire passer pardessus la tête du fœtus, mais comme *il était très tendu*, la manœuvre échoue, et il est urgent de le couper entre les grandes lèvres. Extraction prompte du tronc en tirant modérément sur la tête.

Les deux bouts du cordon sont vite liés du côté de la mère et de l'enfant qui ne tarde pas à jeter des cris aigus.

La délivrance est assez bien faite dix minutes après, malgré le retrait de l'utérus sur le placenta vidé de sang.

Il est facile de voir ici que la brièveté du cordon fut l'obstacle unique à l'extraction définitive de l'enfant, car une fois la tige coupée, cette extraction marcha d'elle-même.

En coupant le cordon sur le cou de l'enfant, pour rompre l'obstacle, nous avons suivi le conseil de Rœderer, mais plus tard il sera facile de démontrer qu'il vaut mieux suivre une autre pratique afin d'économiser le sang du fœtus.

OBS. VI (abrégée). — *Présentation du sommet en occipito-iliaque gauche antérieure; expulsion de la tête; temps d'arrêt du tronc, par suite de la brièveté accidentelle du cordon qui s'enroule autour du cou.*

Mlle C..., âgée de 20 ans, de bonne constitution, est prise des douleurs du travail le 9 janvier 1858, à trois heures du matin. A cinq heures, le col utérin est effacé avec une dilatation grande comme une pièce de 5 francs; la poche bombe, l'enfant se trouve en occipito-iliaque gauche antérieure du sommet. Les contractions deviennent fortes et régulières; la poche se rompt spontanément à cinq heures et demie, la tête descend sur le périnée et entr'ouvre la vulve *qu'elle franchit promptement sans rompre le périnée*, grâce aux manœuvres de M. Mattei. *Le tronc ne suit pas la tête* dans cette expulsion rapide, à cause d'une anse du cordon qui serrait étroitement le cou fœtal. « *J'essayai de la dégager*, dit le Dr Mattei, *mais je n'ai pas pu*. J'aurais « pu la couper, mais comme je ne suis pas partisan de ces « sections avant la ligature, soit pour laisser du sang dans le pla- « centa et faciliter la délivrance, soit pour ménager les forces de

« l'enfant s'il est faible, j'ai préféré accrocher l'aisselle gauche de « cet enfant, la porter en arrière, *puis tirer aussitôt le tronc au dehors.* Le nouveau-né est un garçon assez vivace (1). »

Le précepte de dérouler les circulaires ne peut guère s'exécuter que lorsqu'il y a entortillement sans tension du cordon. Ainsi, quand la portion comprise entre l'ombilic et les circulaires ne participe pas à la tension, on aura chance de pouvoir effectuer cette manœuvre. Dans le cas contraire on pourra essayer d'extraire le tronc fœtal en allant accrocher l'aisselle postérieure, comme le fait Mattei. Mais il est prudent d'éviter des tractions violentes sur le cou du fœtus, parce qu'on augmenterait la tension du cordon jusqu'au point de le rompre et jusqu'au point d'amener le décollement placentaire et même l'interversion de l'utérus. En outre, les tractions auraient pour effet d'exagérer le resserrement des circulaires autour du cou fœtal et de produire son étranglement. Hors ces cas extrêmes, il vaut mieux ne pas couper le cordon et tout faire pour essayer de faire disparaître l'anse funiculaire.

En effet, d'après les expériences du Dr Budin, contrôlées par MM. Hélot (de Rouen), Kohly et Ribemont, si l'on pratique la ligature hâtive du cordon ombilical, on prive l'enfant de 92 grammes de sang. De combien de sang le priverait-on par conséquent, si on coupait le cordon enroulé sur son cou !

OBS. VII. — *Présentation du sommet; extraction de la tête avec le forceps; temps d'arrêt du tronc par suite de nombreuses circulaires du cordon autour du cou de l'enfant; déroulement de ces circulaire et expulsion définitive dn tronc.*

Le 11 vendémiaire an XII, Delpech assistait chez lui une inconnue âgée de 20 ans, robuste et bien conformée. Après quatre heures d'un travail opiniâtre, et la tête du fœtus occupant l'excavation du bassin depuis deux heures, sans pouvoir franchir l'orifice vulvaire, le célèbre

(1) *Clinique obstétricale de Mattei*, t. I, p. 320, 321 et 322.

chirurgien prend la résolution d'intervenir. « L'extrême violence des « douleurs et le méconium que je reconnus sur mes doigts, dit-il, « et qui me fit craindre la mort du fœtus, me déterminèrent à pren- « dre un parti. Je me décidai à appliquer le forceps pour ajouter « quelque chose à l'action expultrice de l'utérus, et, profitant de trois « douleurs qui se succédèrent, *je fis l'extraction de la tête. Je visitai « aussitôt le cou, et je reconnus plusieurs circonvolutions du cordon om- « bilical autour de cette partie.* J'essayai d'attirer le bout du cordon « qui montait le long du dos, mais j'éprouvai de la résistance; je le « trouvai plus facile du côté de l'abdomen, et, l'ayant dégagé, je dé- « roulai les circonvolutions *que je comptai jusqu'à cinq*. Pendant ce « temps là, les contractions de la matrice chassaient le corps qui « était contraint de plier sur la partie postérieure par la résistance « du cordon qui tenait encore le cou.

« L'enfant n'était pas blessé par l'instrument, mais il paraissait « avoir souffert de cette ligature; il avait la face très rouge et fut « pendant un quart d'heure sans respiration. Je laisser couler envi- « ron deux cuillerées de sang par le cordon dont les pulsations étaient « languissantes, et bientôt il donna les marques les plus évidentes « d'une parfaite santé (1). »

Voici un exemple remarquable *d'arrêt du tronc* par suite d'un entortillement multiple du cordon ombilical sans tension. En pareil cas l'usage exige de dérouler les circulaires, en tirant sur le bout du cordon qui remonte vers l'abdomen ou le dos du fœtus. L'illustre Delpech essaya l'une et l'autre manœuvre, mais le déroulement ne put s'effectuer qu'en attirant le bout de la tige qui remontait du côté du ventre.

OBS. VIII (abrégée). — *Présentation du sommet; expulsion de la tête au dehors; arrêt du tronc par la brièveté accidentelle du cordon.*

Il s'agit d'une femme de 23 ans que le Dr Mattei accouchait pour la troisième fois. Le 12 février 1876, vers trois heures après minuit, la poche des eaux se rompit et à quatre heures trois quarts le travail

(1) Observation citée par Guillemot, p. 46.

était déclaré. Les contractions se suivaient à six minutes d'intervalle, et après certaines manœuvres pratiquées, la *tête fœtale put sortir au dehors, mais sans pouvoir aller plus loin enfoncé qu'elle était dans la vulve*, dit le Dr Mattei. Le doigt passé sur le cou de l'enfant put, en effet, trouver un tour de cordon si serré qu'il crut un instant devoir le couper, tant fut grand le tiraillement nécessaire à son chevauchement. Après avoir effectué la rotation artificielle des épaules, l'habile accoucheur pouvait extraire définitivement le fœtus à 7 heures trois quarts. C'était une fille en état de mort apparente, de force moyenne, et qui put être ranimée (1).

OBS. IX (abrégée). — *Première position du sommet; extraction de la tête avec le forceps; arrêt du tronc sous la triple action de la brièveté accidentelle du cordon, du défaut de rotation des épaules et de l'étroitesse du détroit inférieur.*

Mme E. B..., 34 ans, de taille moyenne mais fluette, a le bassin vicié. Elle éprouve les premières douleurs du travail le 9 juin 1858. Après une série de contractions utérines très inégales et très prolongées, le Dr Mattei applique le forceps, le 10, à sept heures du matin.

L'extraction de la tête fœtale est opérée avec une assez grande difficulté. Le cou de l'enfant est serré par deux tours de cordon qui ont sans doute été pour quelque chose dans le retard de l'accouchement. Le Dr Mattei dégage un de ces tours, et de cette façon relâche l'autre; il attend la rotation des épaules, mais les contractions faisant défaut, il s'empresse de saisir l'aisselle gauche qu'il porte en arrière. Après cela, il veut extraire le tronc, mais il peut à grand'peine faire avancer l'épaule postérieure, *tant le détroit inférieur est étroit et rigide.* Enfin, l'écoulement se termine; l'enfant venu dans l'état asphyxique est rappelé à la vie, grâce à des soins empressés. La délivrance a été naturelle (2).

Il est facile de voir, dans ces deux dernières observations, que l'arrêt du tronc ne tient pas uniquement à la brièveté du cordon ombilical, comme dans les faits relatés plus haut.

(1) *Annales de Gynécologie*, mars 1876, p. 180 et 181.

(2) *Clinique obstétricale de Mattei*, t. I, obs. XCIII, p. 376, 377 et 378.

Il peut s'y joindre d'autres causes telles que le défaut de rotation des épaules et l'étroitesse du détroit inférieur. Ces causes, en agissant d'une façon combinée, augmentent nécessairement l'obstacle qui s'oppose à l'expulsion du tronc fœtale.

OBS. X. — *Présentation du sommet; expulsion de la tête; arrêt du tronc causé par un déplacement de l'avant-bras gauche.*

L'enfant s'était présenté par le sommet; *la tête étant sortie, les épaules ne suivaient pas*, malgré quatre douleurs successives. Soupçonnant quelque complication, le Dr Meriwether Lavis, introduisit profondément son doigt et trouva *l'avant-bras gauche du fœtus appuyé en croix sur la nuque et solidement fixé entre le cou et la symphyse pubienne.* Après avoir repoussé l'épaule en haut et en arrière; il réussit à faire passer la main du fœtus sur le côté de la face. Le reste de l'accouchement se fit avec peine, mais sans autre accident (1).

OBS. XI (abrégée). — *Deuxième position du sommet; sortie de la tête; arrêt du tronc causé par la flexion du bras placé en arrière et la présence de la main qui se trouvait près de l'épaule correspondante.*

Une femme de 19 ans sentit quelques épreintes le 25 septembre, à six heures du matin; à huit elle se trouva tout à coup inondée par la rupture subite des membranes. L'orifice était dilaté de 10 à 12 lignes, et la tête siégeait au détroit supérieur. A deux heures elle descendit dans l'excavation. Alors suspension des douleurs jusqu'à onze heures du soir où la matrice sort de son apathie; elle se contracte et la tête achève d'en franchir l'orifice.

Pendant la nuit, elle descend davantage et paraît à la vulve au moment des douleurs les plus fortes. On confirme alors l'existence de la seconde position déjà reconnue. Le 26 au matin, nouvelle inertie; application de forceps et *extraction de la tête fœtale. Le tronc ne sortait pas*, dit Mme Lachapelle, et il fallut introduire un doigt pour accrocher l'aisselle qui restait en arrière. *La main de l'enfant était voisine de l'épaule*, et *au moment où le coude ployé* s'échappait de la vulve, le

(1) *Amer. J. of obst.* et *Ann. de Gyn.*

périnée fut largement échancré. L'enfant qui était livide fut bientôt ranimé (1).

Ces deux observations démontrent clairement que le tronc doit être arrêté dans son expulsion définitive par une position vicieuse de l'un ou l'autre des membres thoraciques.

Obs. XII (personnelle). — *Accouchement en position occipito-postérieure; extraction pénible de la tête avec le forceps; temps d'arrêt du tronc par suite de la position transversale des épaules.*

La femme G..., route de Desgrès, âgée de 28 ans, primipare, est prise depuis trois jours de douleurs qui ne font pas terminer l'accouchement. Mme Bouchenoire, sage-femme, nous appelle à son aide. La tête est descendue dans l'excavation jusque sur le plancher périnéal, l'occiput regardant le sacrum et la face le pubis. Le forceps extrait péniblement cette tête par un mouvement d'élévation des branches vers l'abdomen de la mère.

Mais la tête une fois sortie, le reste du corps ne peut suivre, à cause de la position transversale des épaules. Après avoir complété le mouvement de rotation des épaules, nous pouvons amener le tronc en accrochant avec l'index l'aisselle postérieure. Enfant vivant, mais un peu étonné. Suites de couches bonnes.

Ici la cause de l'arrêt du tronc dépend bien du défaut de rotation des épaules. En effet, dans la présentation occipito-sacrée, lorsque la tête est sortie, le reste du fœtus éprouve quelquefois une grande résistance à cause de l'absence de rotation des épaules dont le diamètre croise transversalement le grand diamètre de la vulve.

Obs. XIII (abrégée). — *Première position du vertex; dégagement difficile des épaules qui sont placées transversalement; tractions successives avec l'index sur les épaules.*

Femme de 20 ans, arrive à l'hospice le 8 août, à minuit. Au tou-

---

(1) *Statistique des accouchements*, par Mme Lachapelle, obs. XXXI, t. I, p. 209 et suiv.

cher, on trouve l'orifice ouvert de 10 à 12 lignes dirigé à gauche, souple, mais épais à son bord; la poche de l'eau bombe et empêche de bien sentir la tête qui était fort élevée. Douleurs fortes et soutenues. A 3 heures du matin, 24 lignes de dilatation; à 10 heures rupture subite des membranes! La tête reste haute, mais on reconnaît la première position; douleurs graduellement affaiblies. A 3 heures seulement, la tête est dans l'excavation; elle a franchi l'orifice et lentement elle exécute sa rotation horizontale. Dès lors suspension des douleurs, immobilité de la tête; vers 10 heures du soir, application de forceps. *Une fois l'extraction de la tête achevée*, la face au lieu de se tourner vers la cuisse droite reste tout à fait en arrière, ce qui montrait que les épaules s'offraient *transversalement au détroit inférieur*. En effet, dit Mme Lachapelle, *le tronc résistait beaucoup*, et je ne voulus pas exercer sur la tête de trop violents efforts. J'introduisis l'index de la main droite vers la partie postérieure de l'aisselle gauche et je dirigeai l'épaule vers le sacrum; elle était alors trop élevée pour que je pusse aisément agir sur elle. Le même doigt alla donc saisir l'aisselle droite derrière le pubis, et, en la forçant à descendre, imprima à la totalité du tronc un mouvement dans le même sens, *lequel fut suivi de la sortie générale*. Suites heureuses pour la mère et l'enfant (1).

Lorsque les épaules placées transversalement s'opposent à l'issue du tronc, la véritable méthode consiste à compléter le mouvement de rotation des épaules et à tirer sur celle qui est en arrière. De cette manière on lui fait parcourir beaucoup de chemin dans la courbure du sacrum, tandis que l'épaule située derrière le pubis demeure immobile. Ici le contraire eut lieu, a traction de l'épaule située en avant fit avancer la totalité du tronc au point d'en amener l'extraction complète.

C'est donc une manœuvre à mettre en pratique si la première échoue.

OBS. XIV. — *Présentation de la face; extraction de la tête; temps d'arrêt causé par les épaules placées en travers.*

M. Kauffmann est appelé pour un accouchement qui offre une parti-

(1) *Pratique des accouchements*, par Mme Lachapelle, t. I, p. 195, 196 et 197.

cularité intéressante : une tumeur de la dimension du poing et rappelant le placenta par son aspect se présentait à la vulve. Le pédicule épais de cette tumeur se dégageant de la région frontale du fœtus, permit de la considérer comme une encéphalocèle. En introduisant la main complètement dans le vagin, on reconnut qu'il s'agissait de face inclinée en avant. On *put extraire l'extrémité céphalique* en se servant simplement de la main; mais *le reste du corps fœtal ne suivit pas ; le dégagement des épaules, placées en travers, présenta au contraire de grandes difficultés et nécessita l'emploi du crochet mousse.* L'enfant était gros et fort; il ne fit que quelques inspirations (1).

On n'a pas essayé ici l'extraction du tronc fœtal, en accrochant l'aisselle postérieure avec l'index ou bien en saisissant l'aisselle antérieure, comme le fit Mme Lachapelle dans l'observation XIII, c'est au moins fâcheux, car l'application du crochet-mousse n'a probablement pas été sans influence sur la mort du fœtus. Avant de recourir à son emploi, il nous semble prudent de faire en premier lieu des tractions avec les doigts.

OBS. XV. — *Présentation du sommet en O. I. D. P.; expulsion de la tête ; temps d'arrêt amené par l'anomalie de la rotation subséquente du tronc.*

M. Budin relate un fait intéressant qui s'est passé sous ses yeux à la Maternité, dans le service de M. Tarnier. Il s'agissait d'une jeune femme de 23 ans, secondipare, travaillée par les douleurs depuis sept heures environ, et dont la poche amniotique s'était rompue au début. Le palper, l'auscultation et le toucher venaient de révéler une position O. I. D. P. non réduite avec une dilatation de l'orifice non encore achevée. Enfin les douleurs étaient régulières.

Au bout de quelques instants, M. Budin, qui avait quitté cette femme pour en examiner une autre, était appelé en toute hâte. La tête était sous la symphyse et le toucher y faisait constater la présence de l'occiput. Pendant ce temps là, le tronc n'avait pas changé de place : le dos était toujours en arrière et les membres en avant.

(1) *Beiträge zur Geburtshülfe unde Gynæcologie*, t. IV, fasc. 1.

En effet, la tête une fois dégagée, l'occiput tourna à droite, décrivit brusquement un demi-cercle complet pour venir se mettre en rapport avec la région anale de la mère; c'était le rétablissement de la tête dans l'axe rachidien par un véritable mouvement de torsion. Puis, quelques minutes plus tard, une rotation en sens inverse s'effectua, conséquence forcée de la rotation du tronc. Bientôt l'épaule gauche était à la symphyse pubienne; les épaules se dégageaient successivement *et le tronc était expulsé* à son tour.

Il faut relever ici certaines particularités intéressantes : d'abord le mouvement de rotation si étendu de la tête dont l'occiput est venu spontanément sous la symphyse pubienne, puis son mouvement de *détorsion* qui l'a rétablie dans l'axe rachidien sans être suivi d'une rotation immédiate du tronc. Chose curieuse à noter : c'est que cette dernière rotation au lieu de s'accomplir en demi-cercle, à droite, s'effectua en sens inverse, c'est-à-dire à gauche, *anomalie rare qu'explique le retard dans l'expulsion du tronc* (1).

Obs. XVI (abrégée). — *Première présentation du sommet; sortie de la tête et temps d'arrêt causé par une anomalie dans la rotation des épaules.*

Mme P..., âgée de 20 ans, taille moyenne, tempérament lymphatico-nerveux, de bonne constitution, multipare, est prise des douleurs du travail le 22 juin 1858, vers dix heures du soir.

A onze heures, l'utérus étant dans un état de contraction presque continue, la tête fœtale est déjà descendue dans l'excavation. Première présentation du sommet.

Le 23 juin au matin, le travail qui s'était trop prolongé, prend enfin une marche plus régulière. La dilatation s'avance, les contractions sont à la période de six minutes, et à trois heures et demie le Dr Mattei perce la poche. Cela fait, il relève le bord antérieur du col, et la tête *peut traverser la vulve à 4 heures et demie.*

Ayant affaire à une première position le dos de l'enfant, après

(1) Société de biologie (séance du 6 janvier 1877).

cette sortie de la tête, *devait se tourner du côté gauche de la mère, tandis qu'il s'est tourné du côté droit.* Voyant *ce temps d'arrêt*, l'habile accoucheur accroche l'aisselle droite ou postérieure et peut extraire définitivement le tronc.

L'enfant était un garçon bien vivace et la délivrance fut naturelle (1).

Obs. XVII (abrégée). — *Accouchement en O. I. D. P.; temps d'arrêt des épaules par suite de rotations irrégulières et variées de la tête une fois sortie.*

Mlle F..., domestique, 43 ans, de tempérament lymphatico-nerveux, est à la septième grossesse. Le 5 août 1856, à neuf heures du soir, les mouches commencent, et le Dr Mattei, pratiquant le toucher vaginal, trouve le col utérin effacé, la dilatation commencée et la présentation du fœtus en O. I. D. P. Les contractions se succèdent assez rapprochées, et à trois heures cinquante minutes, l'habile accoucheur exécute la rotation artificielle du fœtus en agissant sur le tronc par des manœuvres externes, et à l'intérieur sur la tête. *Celle-ci bientôt descendue à la vulve ne tarde pas à franchir l'orifice vulvaire.* La rotation extérieure s'est opérée, *l'occiput à droite*, comme il arrive habituellement dans les positions occipito-droites primitives. La tête est restée comme enfoncée dans le sillon vulvaire, puis elle s'est dirigée *l'occiput en arrière; elle s'est encore placée transversalement, puis l'occiput en avant.* « A ce moment, dit M. Mattei, j'ai essayé « d'appuyer sur le cou, et au même instant j'ai vu l'occiput se tour- « ner à gauche, sans plus d'abaissement. Voulant en finir avec toutes ces rotations, je suis allé accrocher l'aisselle postérieure et par des « tractions directes, *j'ai forcé les épaules à s'engager.* Le reste du fœtus « est venu sans produire aucune déchirure. Délivrance naturelle (2). »

Ces deux dernières observations nous apprennent que l'arrêt du tronc peut fort bien dépendre de l'anomalie offerte par la rotation des épaules ou de la tête. En outre, elles montrent que

(1) *Clinique obstétricale de Mattei*, t. I, p. 383 et suiv., obs. XCV.
(2) *Clinique obstétricale de Mattei*, obs. XXX, t. I, p. 123 et suiv.

son extraction a quelquefois besoin de l'intervention de l'accoucheur qui va saisir l'aisselle engagée dans la concavité du sacrum.

Jusqu'à la publication du mémoire de M. Jacquemier intitulé : *Du volume de la poitrine, des épaules du fœtus considéré comme cause de dystocie*, on avait cru que là où la tête avait passé le corps pourrait suivre sans beaucoup de peine; en effet, dans des expériences sur le passage du fœtus à travers des rétrécissements artificiels, lorsque la tête avait franchi l'obstacle après des difficultés prodigieuses, on avait vu le corps suivre avec une certaine aisance.

Mais en 1852, le regrettable Dr Jacquemier reprit cette question d'une manière plus scientifique et démontra que la poitrine et les épaules pouvaient opposer à l'accouchement un obstacle invincible, lorsque la tête d'un volume normal avait traversé l'orifice vulvaire.

Qu'il nous soit permis d'apporter à l'appui de cette doctrine un contingent d'observations très péremptoires.

OBS. XVIII (personnelle). — *Première position du sommet; extraction de la tête; arrêt du tronc causé par le diamètre exagéré des épaules.*

La fille C..., 28 ans, d'une bonne constitution, multipare, est prise de douleurs, le 2 décembre 1865, vers cinq heures du soir, à la maternité du Mans, à onze heures, le forceps est appliqué sur la tête fœtale qui ne peut franchir la vulve spontanément. L'*extrémité céphalique une fois sortie*, nous constatons qu'il n'y avait pas de circulaires du cordon sur le cou, mais la rotation externe ne s'effectuait pas, ou plutôt, après avoir tardé, elle se fit en dirigeant l'occiput à gauche, puis en arrière ; *enfin il se produisit un temps d'arrêt de plusieurs minutes*. Les épaules étaient pour ainsi dire clouées sur le détroit inférieur. A l'aide de la main nous leur faisons parcourir un cercle assez étendu, et ce n'est qu'au prix *de fortes tractions pratiquées sur l'aisselle droite devenue postérieure, qu'elles ont définitivement pu traverser l'orifice vulvaire.*

L'enfant était garçon bien vivant, pesant 5 kilogrammes 325 gr.,

avec diamètre bi-acromial de 15 centimètres et demi. Bon état de la mère.

Ici, on ne doit pas s'y méprendre, les épaules étaient arrêtées sur le détroit inférieur et n'exécutaient pas leur mouvement de rotation, à cause de leur trop grand diamètre, l'enfant étant très volumineux.

Il a fallu opérer cette rotation avec la main et saisir l'épaule postérieure pour achever l'accouchement.

OBS. XIX. — *Position occipito-cotyloïdienne gauche; extraction de la tête avec le forceps; arrêt du tronc causé par le grand diamètre des épaules.*

Dans le courant de mars 1848, M. Jacquemier est appelé, rue des Trois-Frères, pour terminer un accouchement laborieux ; il s'agissait d'une femme âgée d'une trentaine d'années, qui était en travail de son troisième enfant et qui souffrait depuis environ dix-huit heures. A ce moment, les contractions étaient faibles et éloignées, le périnée restait légèrement saillant, et la tête, qui se présentait en position occipito-cotyloïdienne gauche, commençait à s'engager sous l'arcade pubienne. Application du forceps et *extraction de la tête après une demi-heure d'efforts soutenus et énergiques.* Celle-ci ne fut pas plutôt abandonnée, qu'obéissant à un mouvement de retrait, *elle vint s'appliquer avec force contre le périnée.* Quelques mouvements des lèvres et les battements du cœur annonçaient que le fœtus était vivant. La tête était d'abord si exactement appliquée contre les parties, qu'il fut impossible d'atteindre les aisselles avec les doigts. Des tractions exercées sur elle pendant assez longtemps, n'eurent d'autre effet que de rendre sa base moins hermétiquement appliquée contre le périnée. M. Jacquemier put alors introduire la main en arrière et porter l'index sous l'aisselle qui correspondait à peu près au milieu de la symphyse sacro-iliaque gauche; mais il lui fut impossible d'atteindre l'aisselle qui était en avant. Il exerça de nouvelles tractions en embrassant la racine du bras avec la main entière et en agissant simultanément sur l'aisselle et sur la tête. Mais il n'obtint d'autre résultat qu'un léger mouvement de rotation : les épaules qui jusque là étaient restées dans leur situation oblique primitive, vinrent se placer, l'une

dans la courbure du sacrum, l'autre derrière les pubis. Entendant toujours les battements du cœur, l'habile accoucheur avait de la répugnance à fixer un crochet mousse sur l'aisselle accessible, aussi prit-il le parti de dégager le bras en retirant la main. Il ne fut d'abord guère plus avancé, l'épaule située en avant faisant toujours obstacle. Après quelques manœuvres inutiles, comme il ne pouvait atteindre l'aisselle, mais la partie moyenne du bras correspondant, il parvint à le dégager à son tour; alors des tractions énergiques exercées sur les deux bras ne tardèrent pas à entraîner la partie supérieure du tronc à travers le détroit inférieur. Toutes ces manœuvres pour dégager les bras et faire descendre les épaules avaient duré plus d'une heure. L'enfant n'était pas dans un état de résolution complète, et au bout de huit à dix minutes, M. Jacquemier eut la satisfaction de le voir respirer pleinement. Mais il avait fracturé, vers sa partie supérieure, l'humérus situé en avant.

Cet enfant, du sexe masculin, pesait, y compris une serviette qui l'enveloppait, 5 kilogrammes 500 grammes; les dimensions des diamètres du crâne ne dépassaient pas très sensiblement celles d'une tête volumineuse ordinaire, mais la différence était des plus prononcées pour la poitrine dont le diamètre bi-acromial mesurait près de 16 centimètres (six pouces). Les suites de couches furent naturelles et la fracture du bras se consolida promptement sans difformité, malgré le peu de soins apportés à maintenir les fragments.

Comme on le voit ici, M. Jacquemier ne put saisir à pleine main l'une ou l'autre aisselle, et comme l'enfant était vivant, il ne voulut pas consentir à poser le crochet-mousse sur ces régions afin d'extraire le fœtus. Il se met donc en devoir de dégager successivement les deux bras en tirant dessus avec ménagement. Par cette manœuvre, l'élévation des épaules transforme la partie supérieure du tronc en un cône un peu allongé qui favorise l'engagement. Suivant Jacquemier, cette manière d'agir semble toujours possible et sans beaucoup de danger, bien que dans le cas présent l'habile accoucheur ait fracturé l'humérus qui correspondait à la partie antérieure du bassin.

OBS. XX (personnelle). — *Première position du sommet; extraction de la tête avec le forceps; arrêt invincible du tronc retenu par le grand diamètre des épaules.*

Le 24 juin 1875, notre confrère le Dr Dugué, et Mme Jugé, sage-femme, nous appelant à quatre heures du matin, rue Notre-Dame, près de Mme G..., multipare, âgée de 32 ans, qui étaient dans les douleurs depuis la veille au matin. Le toucher fait reconnaitre une dilatation complète du col et une première position de la tête qui restait fixée au détroit supérieur. Comme les douleurs étaient presque nulles et que les forces de la mère diminuaient graduellement, nous prenons la résolution d'appliquer le forceps, d'après le procédé Hatin, au détroit supérieur. *Extraction très laborieuse de la tête fœtale; puis impossibilité d'entraîner le reste du tronc.* Après avoir complété la rotation des épaules, nous allons saisir l'aisselle postérieure et des tractions vigoureuses y sont pratiquées. Vains efforts. D'après les conseils de Jacquemier, on cherche à dégager les bras l'un après l'autre, mais le bras gauche seul peut être amené au dehors. De nouvelles tractions sont faites sur ce membre, mais le résultat est encore négatif. Alors, introduisant la main tout entière dans le vagin, nous pouvons opérer un mouvement de rotation du fœtus sur lui-même de gauche à droite, de manière à mettre le grand diamètre du tronc, comme celui des épaules, dans le sens du grand diamètre de la vulve. L'extraction put ensuite s'effectuer graduellement. — Le fœtus qui respirait encore, ne tarda pas à mourir. Il était *énorme*; la douleur de la famille G... nous empêcha de peser exactement son poids et de préciser le diamètre bi-acromial par la mensuration.

Il est bon de remarquer que diverses manœuvres ont été tour à tour essayées dans le cas actuel, et cela sans succès. Ainsi, la rotation artificielle et préalable des épaules, puis les tractions exercées sur l'aisselle postérieure; en outre, le dégagement au dehors du bras gauche et les tractions opérées sur lui, ne purent achever l'accouchement. Il fallut engager la main entière dans les voies maternelles pour terminer la rotation du corps de l'enfant, rotation qui n'avait pas suivi celle des épau-

les. Une fois le grand diamètre du tronc devenu parallèle au diamètre de la vulve, l'expulsion du fœtus eut lieu grâce à quelques efforts bien dirigés.

OBS. XXI. — *Présentation du sommet; extraction de la tête et du bras gauche; arrêt causé par l'excès de volume de la partie supérieure du tronc.*

Lisette St..., croyant avoir dépassé d'un mois l'époque de son terme, entra le 4 janvier 1857, dans le service de M. Stolz. Six accouchements normaux antérieurement.

A son arrivée à l'hôpital, le travail était commencé depuis longtemps; *la tête avait été dégagée; ainsi que le bras gauche* après une intervention manuelle. *Ici la progression du fœtus s'arrête*, malgré les plus énergiques efforts. Sitôt qu'elle fut amenée à l'hôpital, M. le professeur Stoltz pratiqua des tractions sur la tête déjà presque arrachée en ville, et sur le bras qui n'était point dans de meilleures conditions. Le fœtus immobilisé n'avança pas. Le savant professeur, fort embarrassé pour établir un diagnostic précis, finit par s'arrêter à l'idée qu'il existait un développement exagéré du corps. Tout moyen de traction étant enlevé, M. Stoltz fit usage du crochet qui dilacéra les points où on l'implantait sans déterminer des mouvements de totalité. Enfin, d'énergiques efforts amenèrent le dégagement de la poitrine et des épaules. Nouvelle immobilité. On fendit le ventre, on éviscera le fœtus et on le fit tourner de manière que son diamètre bitrochantérien fût en rapport avec le diamètre oblique du bassin; alors il fut expulsé.

La femme, le périnée complètement rompu, la vulve gangrenée, succomba au dixième jour.

Le fœtus pesait 5,600 grammes; sa taille mesurait 64 centimètres; le diamètre antéro-postérieur du thorax 0,15 et le bitrochantérien 0,15.

Comme on le voit ici, les tractions sur la tête et sur l'un des bras, l'application du crochet, tout fut inutile; il fallut recourir à l'éviscération du fœtus.

OBS. XXII *du Dr* DEROUSE, de Villeneuve-sur-Lot. — *Présentation du sommet; extraction de la tête et d'un bras; impossibilité d'extirper le tronc à cause du grand diamètre des épaules; mort de la mère sans être délivrée.*

La femme Chevalier, 34 ans, multipare, bien constituée, est prise des premières douleurs le lundi 14 novembre, à quatre heures du matin. Vers les dix heures un médecin de la localité est appelé; vers les six heures du soir, un autre médecin est appelé à son tour. Plusieurs tentatives d'application de forceps n'amenant aucun résultat, les deux confrères précités réclament le concours du Dr Derouse, sur les dix heures de la nuit, pour une opération de craniotomie probable. « J'arrive auprès de la malade à une heure du matin, dit ce « médecin, le mardi 15, vingt et une heures après le début du tra- « vail; je trouve la femme très affaiblie, le pouls est déjà faible et « fréquent; cependant la femme a beaucoup de courage, se donne « beaucoup de mouvement, à des contractions énergiques et est « prête à se soumettre à tout pour qu'on la délivre. Je constate « d'abord que les parties sont très tuméfiées, la membrane mu- » queuse excoriée en plusieurs endroits par les tentatives précé- « dentes, mais rien de grave ni d'anormal dans tout cela. La tête est « fortement engagée en position occipito-cotyloïdienne droite. J'ap- « plique immediatement le forceps sans de grandes difficultés. « J'exerce des tractions avec ménagement d'abord, puis je m'anime « un peu, puis enfin j'emploie des forces toujours croissantes, et ce « n'est que petit à petit que je vois le pivot de mon forceps s'éloigner « des parties génitales externes qui, comme je l'ai dit, étaient tu « méfiées; au fur et à mesure que je sens mon forceps approcher, la « femme redouble de courage et me seconde puissamment. Enfin, « après une heure de tractions, *J'amène une volumineuse tête en* « *deuxième position*. Un léger mouvement de restitution s'opère, par « lequel la face se tourne vers la cuisse gauche de la mère. Mais là « tout mouvement est suspendu; si l'on veut tirer sur la tête, le cou « ne s'allonge pas du tout au dehors; ce n'est qu'avec la plus grande « peine que j'amène le bras droit au dehors; *rien ne bouge;* les « contractions de la matrice se suspendent; le pouls ne se perçoit « plus; bientôt la femme expire, les choses étant à ce point, c'est-à- « dire *la tête et le bras étant au dehors*. Mes collègues me relèvent et

« tentent de terminer l'accouchement sur ce cadavre. Mais leurs « efforts restent impuissants; nous faisons l'opération césarienne « pour examiner de plus près la situation. La position de l'enfant « dans la matrice est des plus régulières; le dos regarde à droite et en « avant, le bras gauche étendu et libre sur le côté du tronc; tout *le* « *corps de l'enfant est très volumineux.* Un de nous, pressant sur le corps « de l'enfant, veut imiter les contractions de la matrice, pendant que « l'autre tire sur la tête et le bras qui est dehors. Efforts inutiles! « *L'épaule gauche s'arrête toujours contre le pubis.* Alors, nous prati- « quons la symphysotomie et aussitôt sort un enfant magnifique. Le « cordon étant coupé. nous le pesons; il a neuf livres en poids et « cinquante-neuf centimètres de longueur; le diamètre bipariétal « a 10 centimètres, l'occipital 11 centimètres 50, le biacromial « 13 centimètres. »

On ne peut s'empêcher de faire observer qu'au lieu de pratiquer des tractions sur la tête fœtale avec le *forceps pendant 1 heure*, on aurait dû recourir plus tôt à la crâniotomie.

De cette sorte la tête serait venue plutôt, et on n'aurait pas enlevé totalement les forces de la mère épuisée dans une lutte aussi prolongée.

En outre la résistance invincible du tronc aurait cédé devant l'éviscération du fœtus pratiquée méthodiquement.

Puisque le volume de la partie supérieure du tronc ne pouvait passer par la filière du détroit inférieur, il fallait vite en diminuer le diamètre par l'éviscération. En agissant ainsi, on aurait pu conserver les jours de la mère.

Comme on vient de le voir dans les observations précédentes, quand la tête est sortie et que les épaules forment un obstacle invincible à cause de leur trop grand diamètre, si le fœtus est vivant, les tractions sur l'aisselle saisie à pleine main, peuvent suffire pour entraîner le reste du tronc. Avec le crochet-mousse on peut agir plus énergiquement, mais son emploi n'est pas sans danger. Dans un cas où M. Jacquemier avait été forcé d'en faire usage, il survint une déchirure assez étendue de la peau, bien que l'aisselle fût exactement embrassée.

Quand les tractions avec la main sont insuffisantes, le moyen

conseillé par M. Jacquemier consiste à dégager successivement les deux bras et à tirer dessus avec précaution : suivant cet habile accoucheur, l'élévation des épaules transforme la partie supérieure du tronc en un cône un peu allongé qui favorise l'engagement. Si cette méthode était insuffisante, on pourrait y joindre l'introduction de la main entière pour effectuer la rotation totale du tronc comme dans l'observation XX.

Lorsque le fœtus est mort, les tractions sur le cou bien dirigées suffisent presque toujours ; dans le cas où elles échoueraient, l'embryotomie serait le moyen de lever les difficultés en dernier ressort. Cependant, empressons-nous d'ajouter qu'il est urgent de ne pas attendre que la mère soit complètement épuisée pour le mettre en pratique.

Dans certains accouchements gémellaires, quand il se produit une entrée simultanée de deux têtes dans l'excavation, *si la première est expulsée au dehors, il peut arriver que le tronc soit arrêté* par la deuxième placée au-dessus.

Nous allons en donner quelques exemples assez remarquables.

Observation XXIII.

Une femme était à ses troisièmes couches ; quoique les douleurs eussent peu d'influence sur la partie en vue, *la tête fut dégagée au dehors, mais alors le travail s'arrêta.* A un nouvel examen, Duhamel rouva la deuxième tête dans le bassin. Il repoussa celle-ci, malgré le redoublement des douleurs, *plaça un crochet dans l'aisselle du premier enfant et le délivra.* Il était mort-né avec une fracture de l'humérus. L'autre plus petit, sortit sans intervention 10 minutes après, en état d'asphyxie et la tête aplatie (1).

Observation XXIV.

Une juive de 16 ans, primipare, est atteinte de convulsions au moment où le col est presque entièrement dilaté et après l'expulsion

(1) *Gaz. des hôp.*, 1853.

des eaux de l'amnios. L'accoucheur appelé résolut d'appliquer le *forceps sur la tête qui se présentait et la dégagea, mais il ne put conduire l'extraction plus loin parce qu'il trouva par le toucher une deuxième tête descendue dans le bassin*. Le Dr Reimann, appelé en second, trouva son collègue se préparant à diviser le cou de l'enfant qui était déjà mort; les bruits du cœur de l'autre enfant avaient également cessé de battre. Le cou de la tête déjà sortie était légèrement tourné vers le côté gauche de la symphyse pubienne et fortement allongé; l'occiput, de l'autre était tourné en haut vers le côté droit. La mère était dans un grand état d'épuisement et très prostrée. Le Dr Raimann appliqua le forceps sur la deuxième tête et la dégagea sans aucune dificulté. Alors les deux corps furent extraits. Les deux enfants étaient du sexe masculin, de grosseur moyenne; tous deux avaient cessé de vivre. Chacun avait ses membranes propres. La mère mourut de péritonite le cinquième jour (1).

Observation XXV.

Franqué suivit une conduite analogue à celle du Dr Reimann. Une des têtes fut dégagée au *dehors*, mais l'autre fortement pressée contre le cou du premier, *empêcha le dégagement ultérieur*. Franqué appliqua le forceps sur la deuxième tête et amena l'extraction des deux enfants qui étaient morts (2).

Observation XXVI.

Le Dr Jarnatowski de Posen, fut appelé à quatre heures du soir, près d'une femme de 22 ans, primipare et d'une constitution assez vigoureuse. Les douleurs survenues pendant la nuit avaient été fortes au début, mais elles diminuèrent au point que le travail n'avait pas fait de progrès les quatre dernières heures. *Entre les cuisses de la mère, il trouva la tête d'un enfant complètement immobile et s'efforça*

(1) Extrait d'un mémoire du Dr Reimann, de Kiew publié *In the Amer. J. of obst.*, etc. janvier 1877.

(2) *Monatsch. f. Geb.*, 1862.

vainement de l'extraire. Le doigt passé sur le cou de l'enfant rencontre une deuxième tête fortement appliquée contre lui. Le Dr Jarnatowski, ne pouvant repousser cette deuxième tête, et voyant que le premier enfant avait cessé de vivre, prend la résolution de le décapiter A défaut d'instrument approprié, il divisa le cou avec un scalpel ordinaire et le corps devint un peu plus mobile; il le repoussa autant que possible dans l'utérus, appliqua le forceps sur l'autre tête, et après quelques fortes tractions, il parvint à extraire un enfant mort-né. Il introduisit alors sa main, passa un doigt sous l'aisselle de l'enfant restant, attira son corps dans le vagin, et, les contractions utérines aidant, il le fit sortir complètement. Les fœtus étaient bien développés. La mère se rétablit, mais conserva une fistule vésico-vaginale (1).

Dans les cas qui précèdent, la conduite de l'accoucheur peut être diversement appréciée. Ainsi, le conseil de Joulin d'appliquer le forceps sur la tête la plus accessible ne peut être suivi, quoique cette manœuvre ait réussi entre les mains d'Enneaux. Le procédé de Pollock qui consiste à tirer sur le corps déjà sorti doit également être repoussé, parce que comme dans les cas d'Eichhorn, Rintel, Perry et autres, il servit à augmenter les difficultés en aggravant le diagnostic. La décapitation du premier enfant comme l'effectua Jarnatowsky, à l'exemple d'Hoffmann, Eton, Duncan, est aussi peu convenable, parce que la partie du corps déjà sortie n'entrave pas la marche de l'accouchement et que la partie restante sera quand même placée dans le chemin de l'autre enfant, malgré la décapitation. Enfin, repousser la tête du deuxième enfant pour achever l'accouchement du premier n'est pas plus praticable, car le corps de celui-ci obstrue la route. Il en résulte un obstacle qui peut être vaincu au prix de la rupture de l'utérus : aussi malgré le succès de Duhamel et malgré les conseils de Dionis, une pareille conduite doit être abandonnée. Reste la méthode qui enseigne d'appliquer sans délai le forceps sur la tête du deuxième enfant, comme le firent si heureusement Reimann et Franque. C'est la véritable conduite à suivre. S'il était impossible d'ex-

(1) Extrait du mémoire de Reimann cité plus haut.

traire la deuxième tête par le forceps, il faudrait mieux séparer cette tête et l'extirper aussitôt avec le céphalotribe *en cas de mort constatée de l'enfant*. Par cette manœuvre, Imris et Fhurston obtinrent des succès remarquables (1).

Récapitulation. — En parcourant toutes les observations précédentes, il est facile d'énumérer les différents obstacles qui ont pu retenir le tronc fœtal, une fois la tête sortie hors de la vulve on peut les grouper dans un petit tableau synoptique et les rappeler ici en quelques mots. Ces obstacles presque tous faciles à constater par le toucher sont : l'étroitesse de la vulve, le rétrécissement du détroit inférieur, la présence simultanée de la tête et d'un pied hors de la vulve; la brièveté accidentelle du cordon ombilical, le déplacement ou la position vicieuse d'un des membres thoraciques; le défaut de rotation des épaules, l'anomalie dans la rotation du tronc, des épaules et de la tête ; le diamètre exagéré des épaules, la présence d'une deuxième tête fœtale au-dessus de la première tête sortie au dehors. Telles sont les causes de rétention du tronc fœtal successivement passées en revue dans la première partie de ce mémoire, ces obstacles dépendirent 23 fois de l'enfant et 3 fois de la mère. La mort enleva 15 enfants et seulement 3 mères.

Inutile de revenir sur les moyens employés pour triompher de ces résistances variées; ils ont été suffisamment appréciés dans ce travail.

(*A suivre.*)

---

(1) Voir sur ce sujet la thèse inaugurale du Dr Besson, Paris, 1877 : *Dystocie spéciale dans les accouchements multiples*, et celle du Dr Hirigoben : *Etude pratique sur la grossesse et l'accouchement gémellaires*, Paris, 1879.

QUELQUES PHÉNOMÈNES SUPPLÉMENTAIRES DES RÈGLES.

(SUITE ET FIN) (1).

Par le Dr **Jules Rouvier** (de Marseille).

III.

AFFECTIONS CUTANÉES.

La menstruation peut être accompagnée ou remplacée par diverses affections cutanées. D'où deux variétés à établir tout d'abord parmi ces dernières :

1° Affections cutanées supplémentaires proprement dites;

2° Affections cutanées *ménoxéniques* (2).

Cette distinction de deux variétés n'a aucune importance dans la pratique, puisqu'elles ne diffèrent que par la coexistence où l'absence du flux menstruel. Aussi n'en tiendrons-nous nul compte dans le cours de ce travail.

Disons à ce propos que pour plus de commodité, nous donnerons à la qualification « *supplémentaire,* » plus d'extension qu'elle n'en comporte réellement. Nous l'appliquerons indistinctement aux deux catégories dont nous avons parlé.

Nous croyons inutile de créer une catégorie spéciale pour les cas où existe une éruption chronique avec exacerbation pendant la période cataméniale. Ils rentrent en effet dans les deux variétés que nous avons admises. Quant aux affections cutanées permanentes qui se manifestent à la suite d'une suppression menstruelle nous les négligerons à dessein comme s'éloignant un peu trop des limites que nous nous sommes fixées.

(1) Voir *Ann. de Gyn.*, numéros de juillet et août 1879.

(2) Ménoxénique, de Ménoxénie, synonyme de déviation menstruelle, hémorrhagie remplaçant les règles. Jamin, Strasbourg, 1809.

Les affections cutanées supplémentaires peuvent se montrer à trois époques différentes de la période cataméniale, elles la précèdent, l'accompagnent ou la suivent. Quelques-unes offrent un processus variable, suivant que l'écoulement a été plus ou moins abondant. Nous en trouvons un curieux exemple dans la thèse de Daulos (1).

OBS. XV. — Eczéma aigu.

B..., Eugénie, 23 ans, passementière, entrée le 3 juillet 1878, salle Sainte-Foy. Cette malade, dont l'apparence extérieure n'offre rien de caractéristique a présenté dans son enfance des manifestations positives de scrofule. Engorgements sous-maxillaires, gourmes, etc. A 19 ans, elle est devenue enceinte et a éprouvé pendant sa grossesse des accidents de syphilis constitutionnelle. Son enfant venu à terme est mort à trois mois de syphilis congénitale. La mère porte sur la jambe droite une cicatrice caractéristique.

La poussée d'eczéma aiguë qui se montre aujourd'hui sur la figure est la sixième dont la malade a été atteinte. La première remonte à deeu ans, les autres se sont succédé à intervalles irréguliers.

La malade a été réglée à l'âge de 15 ans et jamais d'une façon régulière.

Souvent les règles ne viennent que tous les deux mois elles ne sont jamais abondantes.

Chose remarquable, ces éruptions eczémateuses se montrent de préférence à l'époque des règles, quatre ou cinq jours avant, si l'écoulement du sang doit être peu marqué; quelques jours après, si le flux menstruel a été abondant. Quand l'éruption est antérieure aux règles, elle continue à augmenter et la tuméfaction s'accroit pendant toute la durée de l'écoulement sanguin. Quand l'éruption succède aux règles, elle est moins intense et de plus courte durée. Dans le premier cas elle dure quatre ou cinq jours en moyenne, trois ou quatre seulement dans le second.

Chaque fois l'eczéma occupe la figure et offre la même apparence qu'aujourd'hui. L'éruption a débuté dans la nuit de dimanche à lundi

(1) Darlos. Th. de Paris, 1874, obs. VI, p. 23.

et la malade attend ses règles pour demain vendredi. Elle a été précédée d'une épistaxis qui s'est reproduite le mardi, de frissons erratiques, de maux de cœur, de céphalalgie, et sur la peau de la figure de cuissons et d'élancements.... (Descript. de l'eczéma.)

Les règles sont venues le lendemain vendredi et ont duré jusqu'au mercredi suivant.

On s'est contenté de saupoudrer les parties malades avec de l'amidon. La rougeur et l'inflammation sont tombées très promptement; le 14 juillet la guérison était assez avancée pour que la malade pût quitter l'hôpital.

Ces phénomènes menstruels apparaissent momentanément chez quelques sujets, sans jamais se reproduire. Ils sont plus tenaces chez d'autres, et se montrent soit periodiquement, soit irrégulièrement, même à intervalles assez éloignés (obs. XV). Quand l'existence de l'affection est bornée à une seule époque cataméniale, il peut y avoir une certaine difficulté, pour se rendre compte de l'étiologie, comme dans l'observation de Labat (1).

Obs. XVI. — Purpura.

Roger (Louise), 22 ans, domestique. Les antécédents de cette jeune femme sont excellents; elle n'a jamais été malade.

Elle habitait la campagne dans les Ardennes et elle est à Paris depuis cinq mois. L'établissement des règles a eu lieu à l'âge de quinze ans; et depuis elles ont été toujours très régulières et d'abondance moyenne.

Cette malade, petite de taille, est forte, et n'a rien qui indique la chloro-anémie.

Elle a eu un enfant à l'âge de dix-neuf ans. Il y a un mois, elle eut un phlegmon du côté droit du cou. On en fit l'ouverture au bout de huit jours par une petite incision qui est incomplètement cicatrisée, et fournit encore aujourd'hui un peu de pus.

Il y a quatre jours, jour exact où elle attendait ses règles, sans co-

(1) Publiée dans Torthe. Th. de Paris, 1877, n° 495, p. 52.

liques, sans vertiges, sans malaise, elle s'est trouvée à son réveil la bouche pleine de sang. Depuis lors, l'écoulement a continué, ce qui a nécessité son entrée à l'hôpital le 15 mars.

Nous la voyons le lendemain. Nous trouvons qu'elle a craché dans la nuit environ 100 grammes de sang; sa bouche en est encore pleine: sa chemise tachée. En examinant sa bouche, on trouve qu'un suintement continu se fait par les gencives, au niveau du collet de toutes les dents, et principalement des dents inférieures du côté droit (côté de l'incision du phlegmon cervical). De plus cette incision qui jusqu'ici n'avait laissé couler qu'une petite quantité de pus, laisse aussi couler du sang.

Application d'un tampon imbibé de perchlorure de fer, pendant trois minutes, sans résultat.

Les règles n'ont pas encore paru.

Le lendemain, hémorrhagies considérables par toutes les gencives, le nez et l'estomac,

Apparition de taches de purpura sur la poitrine et aux cuisses.

Pouls petit. En raison de l'abondance des hémorrhagies, l'état devient grave.

La malade est transportée dans le service de M. le Dr Brouardel.

Le soir, même état.

Le surlendemain, toutes les hémorrhagies sont arrêtées, l'état général est bon. L'écoulement menstruel a paru.

Pendant son séjour dans le service de M. le Dr Brouardel, cette malade n'a plus eu d'hémorrhagies; les pétéchies ont subi les phénomènes habituels de la résorption.

Le mois suivant, les règles ont coulé en leur temps habituel; il n'y a pas eu d'hémorrhagies supplémentaires.

Le traitement auquel fut soumise cette malade consista en tonique. On lui donna aussi de l'armoise.

Mais cette observation rentre dans les cas exceptionnels. Il est rare en effet que l'absence ou la suppression des règles, survenue brusquement, et suivie de troubles morbides quelconques, ne soit attribuée par la malade à une impression physique et morale.

Nous reproduisons un cas du Dr Ledouble (1), ou successi-

(1) Ledouble. *Ann. de Gyn.*, avril 1877, p. 290.

vement l'une et l'autre de ces causes amenèrent un résultat identique.

Nous donnerons plus loin une observation personnelle (obs. XXXV) où un exanthème cutané s'est constamment reproduit chez une jeune fille à la place dés règles, aux époques mensuelles, quand elle était à la fois sous l'influence de vives impressions morales et de fatigue physique momentanée.

OBS. XVII. — Purpura.

E. L..., âgée de 25 ans, vient me consulter le 17 octobre 1876, pour une suppression de règles datant de deux jours. Bonne santé habituelle, excellente constitution. Pas de maladies sérieuses antérieures, cheveux noirs, visage coloré, aucune fièvre.

Le premier jour de ses règles, en lavant du linge, elle trempa ses pieds dans l'eau froide. Dans la soirée, malaise, céphalalgie, pesanteur dans les aines et dans les cuisses; suppression de la menstruation vers dix heures du soir.

Pendant la nuit, douleurs vives dans les membres inférieurs, sans localisation précise, gêne dans les mouvements, raideur de l'articulation du cou-de-pied gauche.

Le lendemain matin, les douleurs diminuent d'acuité en même temps que les pieds et les jambes augmentent de volume; dans la journée, une série de plaques érythémateuses apparaissent simultanément sur la face interne des deux jambes.

Quand je vis la malade son état était le suivant :

La face dorsale des pieds, les jambes, les cuisses jusqu'à cinq travers de doigt au-dessus de la rotule étaient couvertes de plaques ecchymotiques foncées, plus ou moins larges, de formes variables, limitées par des bords sinueux et dentelés. Dans l'intervalle de ces plaques se trouvent un grand nombre de petites taches arrondies, d'un rouge noirâtre, se détachant nettement sur le fond blanchâtre des téguments restés sains. Ces ecchymoses et ces pétéchies ne s'accompagnaient d'aucune sensation morbide du côté de la peau, elles s'étaient formées et étendues très rapidement. Les douleurs dans les membres avaient presque cessé. Les deux jambes étaient à peu près doublées de volume; ce gonflement était très dur; il ne conservait pas l'empreinte du doigt,

même lorsqu'on appuyait très fortement. Appétit bon. Rien au cœur ni aux vaisseaux. Rien dans la poitrine. Aucun obstacle à la circulation dans les artères ou dans les veines de l'abdomen et des membres inférieurs.

Supposant que ces accidents étaient provoqués par l'aménorrhée, je résolus tout d'abord de rappeler les règles. Dans ce but, je fis appliquer des sinapismes sur les seins, et je prescrivis une potion de deux grammes d'éther à prendre de deux en deux heures.

Le lendemain les règles réapparaissaient et, dès ce moment, une amélioration sensible ne cessa de se montrer. Les jambes reprirent peu à peu leur volume et leur consistance habituels, les mouvements redevinrent faciles, les taches de purpura s'effacèrent et les plaques ecchymotiques, après être passées successivement de la teinte ardoisée au bleu foncé, puis de là au bleu clair et à la coloration jaune-paille, finirent par disparaître. Au bout de quinze jours, la guérison était complète.

Un mois après, à la même date, sous l'influence d'une violente frayeur, nouvelle suppression de la menstruation. Mêmes symptômes morbides du côté des membres pelviens, ils cèdent au même traitement.

La cause apparente de la première manifestation de purpura menstruel observé par M. Ledouble est l'action du froid sur les membres intérieurs pendant la période cataméniale. C'est là en effet une cause fréquente de purpura. Herr a aussi publié une observation (1).

Obs. XVIII. — Purpura menstruel.

Le 13 février 1833, B. G..., 36 ans, se présente chez moi pour me consulter à cause des grandes bulles qu'elle avait sur la langue, et qui en gênaient les mouvements. Ces bulles versaient beaucoup de sang, qui s'écoulait par les angles des lèvres, toutes les fois qu'elle parlait ou qu'elle mâchait. Cette personne d'une constitution robuste avait toujours été bien portante auparavant, elle n'avait senti aucun

(1) Herr. Th. de Strasbourg, 1834, obs. III.

prodrome; l'appétit ne lui manquait nullement, mais elle ne pouvait pas bien mâcher à cause des bulles. Le pouls était régulier et la respiration normale. La malade n'avait ni douleurs, ni fièvre, la peau était fraîche; les bulles, dont deux situées sur le bord droit et une sur la pointe de la langue, étaient de la grandeur d'une balle; plusieurs taches étaient dispersées sur la face interne des joues et sur le palais; elles versaient aussi du sang. Les jambes et les bras étaient comme aspergés de sang.

Quant à la cause de la maladie, elle l'attribuait à un refroidissement qu'elle avait eu pendant ses menstrues et qui en avait subitement interrompu l'écoulement, puis, le lendemain, ces taches et ces bulles étaient survenues. Cette malade fut soumise à un traitement consistant en une purgation, des lotions et des gargarismes composés d'eau chaude aiguisée d'acide hydrochlorique. Elle eut le lendemain des selles sanglantes et de l'hématurie; on ajoute de l'acide sulfurique à son traitement. Les taches et les bulles disparurent peu à peu et, le 2 février, la malade était entièrement rétablie.

Le 10 février correspondant à la date habituelle de ses règles, celles-ci coulèrent comme à l'ordinaire et aucun des accidents antérieurs ne se produisit.

Dans cette observation de Herr, le purpura coïncidait avec une véritable déviation hémorrhagique par la cavité buccale, et il n'y eut qu'une seule éruption. Nous avons publié (1) un fait ayant beaucoup d'analogie avec le précédent, mais plus intéressant.

Le purpura était véritablement supplémentaire et se manifestait régulièrement depuis deux ans (2). Voici cette observation :

Obs. XIX. — Purpura menstruel.

Le 3 mai 1875, entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Elisabeth, n° 19, la nommée S..., tailleuse, âgée de 24 ans, originaire de Séville (Es-

(1) *Marseille médical*, 20 mai 1876, p. 285.

(2) Voir aussi notre obs. XXXII.

pagne). Elle était atteinte d'une ascite, dans un état de développement assez avancé, suite d'une cirrhose hépatique.

Cette femme présentait en outre, au moment de son entrée dans le service, des taches de purpura, occupant l'espace compris entre la moitié inférieure de la cuisse et le tiers moyen de la jambe. Dans cette portion, elles avaient surtout envahi les faces antérieure, interne et externe de la cuisse, et les faces interne et externe de la jambe. La peau qui recouvre la rotule n'offrait rien de particulier. Des taches existaient sur les deux membres inférieurs, mais avec de notables différences, quant à la forme, quant à la grosseur et au nombre. Elles étaient irrégulières et très multipliées. La plupart ressemblaient à des piqûres de puce. On en trouvait, toutefois, de plus volumineuses; quelques-unes atteignaient plusieurs centimètres de diamètre. Nettement circonscrites, sans continuité, de couleur uniforme, d'un rouge vineux, elles ne disparaissaient pas sous la pression du doigt. Il n'y avait que deux larges plaques à la face externe du membre inférieur gauche. Toutes les taches de ce membre étaient de grosseur plus considérable que celle de l'extrémité opposée. En même temps, œdème des membres inférieurs, mais notablement plus prononcé à droite qu'à gauche.

Cette femme n'était nullement inquiète de cette manifestation hémorrhagique, l'attribuant à une déviation des règles, dont l'origine datait, comme son ascite, du 1er juillet 1874. Les taches revenaient depuis régulièrement environ tous les mois, durant une période de six jours; chaque période écoulée, elles disparaissaient sans laisser aucune trace. En effet, notre malade nous donna, en arrivant dans le service, le 1er mai comme date de l'apparition du purpura, le 7 nous constations que tout était rentré dans l'état normal.

Cette déviation des menstrues remontait au commencement de juillet 1874. A cette époque, le premier jour de ses règles, elle avait pris un bain froid. Aussitôt tout écoulement avait disparu, et les taches hémorrhagiques s'étaient manifestées. Au bout de cinq jours, elles s'étaient effacées, pour reparaître à chaque période menstruelle, comme nous l'avons dit, avec plus ou moins d'intensité. L'ascite avait débuté en même temps, et suivi une marche assez rapide pour forcer la malade à se faire admettre à l'hôpital, dans le courant de ce même mois de juillet 1874. Elle y resta jusqu'au milieu de septembre 1874, dans le service de clinique médicale, où M. le professeur Fabre la soumit à la diète lactée, mais sans obtenir aucune amélioration.

Jusqu'au 1er juillet 1874, elle avait été bien réglée. La menstruation s'était établie chez elle, à l'âge de 14 ans, sans aucune peine. L'écoulement très abondant se continuait pendant six jours. Cette femme avait mis au monde heureusement deux enfants. Elle avait dix-huit ans lors de son premier accouchement et vingt à son second. Jamais elle n'avait subi les atteintes d'aucune maladie, ni eu de pertes blanches. L'examen au spéculum et le toucher vaginal ne nous révélèrent rien de particulier.

Il nous a été donné de suivre et d'étudier du 27 mai au 2 juin 1875 une période menstruelle, qui fut moins accusée que la précédente.

Le jour qui précéda l'apparition des taches, la malade eut une sensation de gêne dans la partie inférieure de l'abdomen, du côté de la matrice, comme si le sang cherchait à se frayer une voie. Le lendemain une perte très minime de sang se fit par les parties génitales. Il n'y eut point d'autre écoulement. En même temps apparurent sans souffrance, sur les membres inférieurs des taches très nombreuses, mais de volume assez peu considérable. Les plus volumineuses atteignaient à peine la grosseur d'une lentille. Dès le second jour, l'éruption fut à son apogée, et il s'établit une période de stase jusqu'au 1er juin. Alors les taches disparurent successivement, les unes, les plus petites, par un affaiblissement continu de leur couleur, les autres en passant par les teintes si variées des ecchymoses. L'œdème disparut le dernier; il avait été assez peu prononcé.

Le 23 juin, à la suite de fatigues assez fortes, eut lieu une éruption plus considérable. Elle poursuivit régulièrement son cours. Depuis, les taches hémorrhagiques n'ont jamais cessé de se manifester à chaque retour de l'époque menstruelle, suivant la marche que nous avons décrite. La malade resta à l'Hôtel-Dieu jusqu'au 10 janvier 1876. Elle sortit un peu améliorée, après avoir subi à deux reprises la paracentèse. Elle y est de nouveau entrée le 24 avril et s'y trouve en ce moment dans le service de clinique médicale (salle Sainte-Catherine, n° 7).

Les affections cutanées supplémentaires qui se manifestent à des intervalles irréguliers, choisissent de préférence des personnes débiles et mal réglées (obs. XV).

La menstruation régulière coïncide au contraire avec la périodicité de l'affection.

Obs. XX.

Maculæ in corpore menstruatæ scorbuticam puellam curavit nuperis annis felicissimus Dr Olaus.

Wormnis, in ædibus Claudii Corvini, prætoris urbis Hafniensis, cui mensium tempore, ubicumque ostiolæ venarum in manibus facie, labiis, aliisve partibus erant, maculæ nigro purpureæ, pisi instar eminentes, emergebant, menstruis ipsis ex voto fluentibus, hisque finitis evanescentes. Pro scorbutico ab illo feliciter sanata est (1).

En général ces affections cutanées se relient à un état morbide chronique, plus ou moins apparent, ainsi qu'à une diathèse : syphilis, scrofule, rhumatisme, etc. On les rencontre cependant chez des sujets robustes. Une observation de Ludw. Wilhem et notre obs. XVI en sont la preuve.

Obs. XXI. — Exanthème menstruel.

Femme de 29 ans, mère de trois enfants bien portants ; elle est de constitution robuste et n'a fait aucune maladie. Depuis à peu près cinq ans, elle a remarqué, que deux ou trois jours avant le début de ses règles, qui sont toujours régulières et presque indolores, ses cuisses deviennent le siège d'élevures rouge foncé, qui atteignent assez souvent le volume d'une noix, puis disparaissent à la fin de l'écoulement sanguin. Parfois les mêmes phénomènes se produisent aussi sur les jambes.

En examinant cette femme, Wilhem a trouvé sur la face antérieure de sa cuisse gauche plusieurs petites ecchymoses irrégulièrement disséminées ; à la face interne du membre se voyait une tache saillante, rouge bleuâtre, indolore au toucher et ayant les dimensions d'une noisette. Cette tache ne se décolorait pas sous la pression du doigt. Au niveau du jarret droit siégeait une hémorrhagie cutanée encore plus volumineuse.

Toutes ces ecchymoses disparurent au bout de quelques jours, les

(1) Barth c m. *Anatomicorum rareorum centurea*, 1, p. 27, hist. 15.

plus petites sans presque laisser de traces; une tache jaunâtre marquait seulement la place des deux plus grandes.

Durant une grossesse intercurrente et durant la lactation consécutive les ecchymoses manquèrent en même temps que les règles (1).

Berthold Stiller (de Buda Pest) a publié (2) deux observations ou l'influence diathésique est indéniable. La première malade est scrofuleuse, la seconde est rhumatisante.

Obs. XXII. — **Exanthème exsudatif multiforme.**

Femme d'une trentaine d'années, douée d'embonpoint, mariée et mère de trois enfants.

Adénites suppurées et périostites scrofuleuses dans l'enfance.

Règles toujours peu abondantes et en retard; elles ne reviennent guère que toutes les six ou dix semaines. Chaque fois que les menstrues tardent, se montrent sur les avant-bras et les poignets, plus rarement sur les jambes, des plaques rouges à bords surélevés, affectant la plupart la forme d'anneaux, de disques ou de segments de cercles, de teinte plus ou moins foncée. L'éruption pâlit et s'affaisse dès le début des règles. La poussée menstruelle peut occuper un siège différent.

Rien de semblable durant la grossesse.

Les accidents scrofuleux rapportés dans cette observation (adénites, périostites) sont assez caractéristiques pour que nous n'ayons pas à discuter si la malade était réellement scrofuleuse. La seconde observation est également très probante; la malade a eu deux attaques de rhumatisme.

Obs. XXIII. — **Ecchymoses sous-cutanées.**

Jeune femme mariée et mère, anémique, et ayant eu deux attaques

---

(1) *Exanthème menstruel*, par Ludw. Welhelm (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 4, p. 50, 28 janvier 1878. *Rev. sc. méd.* n° 24, 15 octobre 1878, p. 565.

(2) *Berlin. klin. Wochen.*, n° 50, p. 731, 1877. *Rev. sc. méd.*, n° 22, 15 avril 1878, p. 585.

de rhumatisme aigu. Pendant un an et demi, dans les quelques jours précédant les époques menstruelles, elle présenta périodiquement des tâches bleuâtres, irrégulièrement délimitées, ayant à peu près la grosseur de l'ongle, des bords de teinte effacée et ne disparaissant pas à la pression du doigt. Ces taches qui ne causaient aucune sensation désagréable étaient exclusivement bornées au menton, à la partie inférieure des joues et à la lèvre supérieure. A la fin de la période cataméniale qui, d'ailleurs, était parfaitement régulière, quant à son retour et à sa durée, les taches pâlissaient, devenaient jaunâtres et disparaissaient. Le sang menstruel était peu abondant.

En dehors de toute influence diathésique, les affections cutanées supplémentaires (obs. XXV) accompagnent ou précèdent quelquefois les premières éruptions menstruelles à l'époque de la puberté. Royer-Collard (1) en a rapporté un fait.

Obs. XXIV.

Une jeune fille de Norwége, à l'époque de la première éruption menstruelle, vit tout à coup son corps se couvrir de taches très rouges et très larges. Ces taches étaient surtout remarquables autour des mamelles. Il y avait en même temps céphalalgie et odontalgie très intenses. On lui donna des sudorifiques qui déterminèrent une sueur sanguine très abondante. Les taches et les autres symptômes disparurent aussitôt. Les mois suivants, retour des mêmes phénomènes, usage des mêmes moyens et avec le même succès. Elle se maria dans la suite, devint grosse. Les voies naturelles s'ouvrirent à la suite de l'accouchement et les règles ne souffrirent plus de dérangement.

Les affections cutanées supplémentaires offrent une grande différence, soit dans la forme qu'elles revêtent, soit dans le choix des sujets atteints, soit enfin dans leur marche et leur cause.

(1) Th. de Paris, 26 thermidor an X (1802).

Cette différence existe encore dans les symptômes présentés par chaque malade. Ainsi on trouve de la fièvre chez les unes au début (obs. XV, XXX), mais c'est l'exception. On observe plus souvent, précédant l'éruption ou coïncidant avec elle, une douleur, ou plutôt une démangeaison plus ou moins vive (obs. XV, XVII, XXXIII, XXVII, XXVIII) sur la partie des téguments qui doit être le siège de l'exanthème ; quelquefois un malaise général, de la céphalalgie, des frissons (obs. XV, XVII, XXXII); plus rarement de l'œdème (XVII, XIX). Il existe pourtant un assez grand nombre de faits, où l'éruption s'est manifestée sans être précédée d'aucun symptôme particulier (obs. XVI, XVIII, XIX). Un symptôme curieux signalé par Lordat (1) est un invincible penchant à la tristesse.

Obs. XXV. — Prurigo.

Lordat dit qu'il avait été consulté par une dame sur une indisposition de sa fille, âgée de 14 ans, qui tous les mois à la même époque éprouvait un sentiment de chaleur dans diverses parties de la peau, accompagné d'un prurit incommode, suivi d'une rougeur intense et même d'une véritable éruption. Pendant ce temps, dont la durée était de quelques jours, la malade était sans appétit et avait un penchant invincible à la tristesse. Cette fille quoique grande et bien développée n'était pas encore réglée, il n'était pas difficile de voir qu'il y avait dans ce cas un effort hémorrhagique ou plutôt inflammatoire.

Comme les autres symptômes les relations des poussées érythémateuses avec la quantité de sang menstruel excrété, sont très variables. Tantôt l'affection cutanée est *ménoxénique* et remplace les règles absentes (obs. XXVI).

Obs. XXVI. — Éruption eczémato-impétigineuse périodique (2).

Friebe rapporte qu'une fille avait tous les mois à des époques fixes

(1) Lordat. *Traité des hémorrhagies*, p. 133.
(2) Friebe. Collect. Acad., t. III, in Danlos, p. 32.

une éruption semblable à la gale. Cette éruption se manifesta tout le temps que ses ordinaires, qui avaient été supprimés, ne reprirent pas leur cours habituel. Après que le temps durant lequel ils avaien- coutume de couler était passé, les pustules se desséchaient et l'éruption galeuse disparaissait.

On lui fit faire usage de remèdes propres à dépurer le sang; on la purgea deux fois; on la saigna deux fois au pied; enfin on rappela par le moyen des remèdes convenables l'écoulement menstruel dont le retour procura une guérison radicale à cette fille.

Parfois les règles sont diminuées (obs. XV, XXII) mais le plus souvent elles sont normales. Notre observation XXVII, communiquée par notre ami M. le professeur Queirel et les observations XXI, XXIII, XXVIII, XXXI, XXXIV, sont très affirmatives sur ce point.

Obs. XXVII. — Zona périodique.

Mme S..., d'origine espagnole, 43 ans, régulièrement menstruée treize fois par an depuis l'âge de treize ans; soignée par Jobert (de Lamballe), en 1858, pour métrite du col. Celui-ci l'envoya à Divonne après le traitement. Elle y fit de l'hydrothérapie d'une manière très sérieuse. Elle est atteinte actuellement d'un fibrome utérin, qui a commencé à être appréciable il y a trois ans environ. A ce moment elle a eu une petite poussée de péritonite. J'ai constaté plusieurs fois depuis trois ans qu'elle avait à chaque période menstruelle sur la fesse droite des vésicules d'herpès zona. Cette éruption se manifeste depuis huit ans toujours du même côté, à un centimètre de la ligne médiane, à droite et à l'extrémité supérieure de la ligne interfessière par agglomération de petites vésicules en deux ou trois groupes.

L'éruption débute un ou deux jours avant les règles et continue d'évoluer pendant la période menstruelle, pour sécher et disparaître deux ou trois jours après, toujours sans aucun trouble. La durée de la menstruation est de quatre ou cinq jours.

Inutile de dire que les affections cutanées supplémentaires régulièrement périodiques, cessent de se manifester dans le

cours d'une grossesse, pour réapparaître après la parturition (obs XXI et XXII). C'est là une preuve indiscutable de leurs rapports avec la menstruation.

Les maladies utérines ont-elles une action marquée sur la production de ces phénomènes ménoxéniques? C'est peu probable. La plupart de nos observations sont muettes sur ce point. Il est évident que s'il avait existé des troubles utérins, ils eussent été signalés. Notre observation XIX et la suivante de Berthold Stiller (1), consignent l'état d'intégrité parfaite de l'utérus.

Obs. XXVIII. — Acné.

Veuve de 45 ans, obèse, mère de huit enfants, encore bien réglée. Elle a des accès périodiques de mastodynie droite, qui se terminent souvent au bout de quelques heures par de la diarrhée; en outre elle souffre parfois de cardialgie. Sa mère et sa sœur sont mortes de cancer du sein. Elle même ne présente aucune trace de tumeur mammaire, elle n'a ni leucorrhée, ni troubles utérins; ses règles sont parfaitement normales. Cependant depuis plusieurs années, avant chaque époque, elle offre sur le dos des mains et plus rarement sur le dos des pieds, de petites papules pointues rouges, surmontées d'une vésicule qui se remplit de pus, puis se dessèche. Cette éruption, qui s'accompagne de vives démangeaisons, s'affaisse bientôt après le feu des menstrues.

Dans les observations précédentes, on a pu voir que les affections cutanées pouvaient se manifester sur toutes les régions du corps.

Notre regretté collègue Ch. Garcin nous avait parlé d'un cas où la région temporale était atteinte. Dans une observation du Dr Queirel l'affection siégeait sur le globe oculaire, il y avait conjonctivite double.

(1) *Berlin. klin. Woch.*, n° 50, p. 731, 1877. *Rev. sc. méd.*, n° 22, 15 avril 1878, p. 581.

Obs. XXIX. — Herpès labialis et conjonctivite catarrhale double.

Mme B..., 22 ans, classe aisée, mariée depuis six ans, tempérament lymphatico-sanguin, état général bon. Menstruée pour la première fois à quatorze ans, et toujours irrégulièrement depuis cette époque. Multipare. Métrite catarrhale. Atrésie partielle du col. A chaque période cataméniale cette dame présente une éruption de vésicules d'herpès labiales coïncidant le plus souvent avec une conjonctivite catarrhale double, ces phénomènes durent quatre ou cinq jours, se montrent même quand l'écoulement menstruel fait défaut et persistent quelquefois séparément. Ces manifestations ne s'accompagnent d'aucun symptôme particulier.

On peut quelquefois trouver une raison plausible de cette localisation à tel point plutôt qu'à tel autre. L'observation XXX de Beauchamp (1) nous rend compte du siège particulier de l'éruption chez des phthisiques. On sait en effet que chez ces malades, par suite des troubles vaso-moteurs, les mains sont souvent le siège d'une chaleur ardente accompagnée ou non de sueurs.

Obs. XXX. — Purpura (résumée).

Fille de 28 ans, dans un état avancé de pneumophymie.

Avec l'apparition de la menstruation demeurée assez régulière, il y avait de la fièvre. La face dorsale de la main droite devenait le siège d'une petite tache rouge qui grandissait peu à peu et atteignait son maximum, représentée par la grandeur d'une pièce de cent sous en argent, au moment de l'éruption menstruelle. Dès lors, elle diminuait rapidement et disparaissait jusqu'à l'époque suivante. Cette rougeur ressemblait vaguement à certains nœvi.

(1) Beauchamp. Th. de Strasbourg, 1864, 2e série, n° 723, obs. 1.

Mais comment s'expliquer cette même localisation aux mains en dehors de la phthisie, ainsi que Danlos en rapporte un fait.

Obs. XXXI. — Erythème des mains.

Danlos rapporte (1), dans sa thèse l'observation d'une femme observée à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Cette femme, que M. Lailler a jugée assez intéressante pour la montrer à sa clinique, était depuis huit mois, atteinte d'une affection érythémateuse du dos des mains. Cette éruption se montrait à chaque époque menstruelle, et disparaissait dans la période intercalaire. Elle se limitait symétriquement à la face dorsale des mains et des poignets et durait de huit à dix jours. Quand l'éruption était légère, elle rappelait absoment l'érythème circiné ou erythème en cocarde de de Devergie; quand elle offrait plus d'intensité, elle avait l'apparence de l'herpès iris de Batemann, hydroa-vesiculeux de Bazin. Cette femme jouissait d'ailleurs d'une bonne santé et la menstruation chez elle était parfaitement régulière.

Ici nous sommes obligés de confesser notre ignorance et de nous borner à étudier plus loin la cause générale qui préside à tous ces phénomènes si différents en apparence et pourtant rangés dans une même classe par suite de rapports communs.

Faut-il considérer les affections cutanées supplémentaires des règles comme absolument inoffensives? Nous devons certainement admettre cette bénignité pour le plus grand nombre de cas; surtout quand l'éruption n'est pas périodique ou accompagnée de symptômes graves. La plupart des observations citées dans ce travail étaient dans ce cas. Il nous a été donné d'en observer encore un exemple dernièrement avec M. le professeur Queirel.

---

(1) Danlos. Th. citée, p. 27.

Obs. XXXII. — Purpura.

Mlle X..., 19 ans, domestique, née à la campagne et y habitant, de constitution robuste. Régulièrement menstruée depuis l'age de 15 ans, chaque mois, pendant quatre ou cinq jours.

A l'époque où elle attendait ses règles, elle prend froid et éprouve une vive émotion. Le lendemain, sans autre symptôme qu'un peu d'embarras gastrique, se manifeste un purpura localisé à la partie inférieure de l'abdomen et sur la face interne et antérieure des cuisses et caractérisé par des plaques d'un rouge vineux ayant la dimension de la paume de la main. Les règles apparurent deux jours plus tard. La durée totale de l'éruption fut de trois semaines. Traitement: eau de Rabel et perchlorure de fer. Le mois suivant les règles furent normales.

Ces affections deviennent de véritables infirmités lorsqu'elles sont périodiques et douloureuses, comme chez la malade de Trousseau (1).

Obs. XXXIII. — Purpura.

Une femme de 34 ans est entrée, il y a quinze jours environ, dans le service de M. Trousseau, à l'hôpital Necker, présentant ce phénomène remarquable d'offrir, à chaque époque menstruelle, une éruption qui a bien évidemment tous les caractères du purpura. Ce purpura s'annonce sur toutes les parties du corps, et surtout sur les membres, par de petites tumeurs sans changement de couleur à la peau, mais au sommet desquelles apparaît seulement un point rougeâtre, absolument semblable à une piqûre de puce. Au bout de quelques jours ces tumeurs s'affaissent, et il n'en reste d'autre vestige qu'une tache d'une couleur violacée bleuâtre. Le développement de ces tumeurs, dont les plus grosses acquièrent quelqufois le volume d'une petite noisette est précédé et accompagné de douleurs extrêmement vives.

(1) Trousseau. *Gaz. des hôp.*, 5 décembre 1846.

Chez cette femme, ce purpura se renouvelle depuis un an, à chaque époque menstruelle ; la durée de chaque éruption est d'une dizaine de jours environ, temps au bout duquel les taches sont entièrement effacées ; elles ne laissent plus alors sur la peau qu'une coloration légèrement jaunâtre rappelant celle des taches cuivrées de la vérole constitutionnelle. La malade est, du reste, assez bien réglée.

Quand les phénomènes menstruels supplémentaires coexistent avec de véritables déviations hémorrhagiques, le pronostic devient beaucoup plus sérieux. La gravité dépend surtout alors de l'abondance de l'hémorrhagie et de l'importance de l'organe qui en est le siège. Barnes rapporte un cas (1) où la mort succède à un purpura des membres inférieurs. La jeune fille, âgée de 16 ans, n'avait jamais été réglée. Il y avait absence de l'utérus. Avec le purpura s'étaient déclarées diverses hémorrhagies par le nez, les poumons, etc.

Avant de prescrire un traitement pour les troubles menstruels dont nous avons parlé, on devra étudier avec soin, leur origine probable, leur marche, etc.; rechercher si la malade a ou n'a jamais été réglée. Dans le second cas, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer l'examen des organes génitaux. On connaît en effet l'observation de Courty publiée par Puech (2).

Des accidents mensuels (plaques ecchymotiques) se manifestaient chez une jeune fille de 28 ans. La menstruation n'avait jamais existé. On diagnostiqua une imperforation du col utérin. Une opération rendit aux règles leur voie normale.

Parfois, mais rarement, la pudeur exige que le médecin s'abstienne de toute intervention, pour éviter de plus graves inconvénients. Témoin une observation de M. Queirel.

Obs. XXXIV. — Zona.

Mme E. V..., 52 ans, a eu une hématocèle périutérine, pour la-

---

(1) Barnes. *Traité des maladies des femmes*, trad. Cordes. Paris, 1876, p. 142.

(2) Puech. *De l'atrésie des voies génitales chez la femme*. Paris, 1864, p. 50.

quelle je la vis en consultation, il y a huit ans. Depuis cette époque, elle est sujette à une éruption vésiculeuse d'herpès zona, localisée sur l'une des deux fesses et coïncidant toujours avec la menstruation régulière, malgré l'âge de la malade. Un de nos confrères, prié de lui faire passer cette maladie cutanée, lui fit appliquer du perchlorure de fer, dit-elle, mais je crois plutôt une solution de sublimé, sur la partie malade. Ce topique détermina de l'œdème et un commencement d'érysipèle pour lesquels je fus consulté de nouveau. Les émollients, le collodion, quelques purgatifs eurent raison de cet état, et je conseillai à Mme E. V... de ne plus rien faire contre cette petite manifestation herpétique, arthritique, mensuelle. La malade avait eu quelques légères atteintes de rhumatisme. Depuis, elle a quitté Marseille, mais j'ai su que l'éruption avait régulièrement persisté.

Mais heureusement la science n'est pas toujours ainsi désarmée en face de la maladie. Les affections cutanées supplémentaires demandent le plus souvent un traitement à la fois local et général.

Dépendent-elles d'une cause diathésique? on administrera un traitement général approprié, en même temps qu'on insistera sur les emménagogues. L'hystérie domine-t-elle la scène? On la combattra avec ses armes ordinaires. L'affection n'est-elle que passagère et consécutive à des troubles physiques ou psychiques? On se bornera à faire de la thérapeutique suivant les symptômes présentés. Enfin se trouve-t-on à l'époque de la puberté, en présence de ces troubles si intenses qui marquent quelquefois l'établissement définitif de la menstruation? Il faudra intervenir dans cette lutte, en favorisant l'hyperémie utérine et empêcher que la fluxion ne choisisse quelque organe important. Nous nous bornons à énoncer ici les indications thérapeutiques des différents cas que l'on peut rencontrer. Inutile d'en énumérer les remèdes présents à l'esprit de tous.

Le traitement local n'a rien de particulier; il variera suivant la forme de l'éruption, et ne diffère aucunement de celui que l'on administrerait en dehors d'affections menstruelles.

Le traitement prophylactique par les emménagogues rend de grands services chez des malades invariablement sujettes à des

troubles menstruels quand elles sont dans de moins bonnes conditions physiques ou morales. Nous avons pu nous en assurer spécialement chez une de nos malades.

OBS. XXXV. — Eczéma.

Mlle L. B...., âgée de 22 ans, sans profession, appartenant à une famille aisée de Marseille, nous a présenté à diverses reprises sur les membres inférieurs, mais surtout sur les membres supérieurs, une éruption vésiculeuse offrant beaucoup de ressamblance avec l'eczéma. Mlle X..., de tempérament lymphatique, a une santé générale assez bonne. Elle a été réglée à l'âge de 14 ans, mais irrégulièrement pendant les premiers temps. L'écoulement sanguin peu abondant dure régulièrement trois jours tous les mois. Aucune influence diathésique du côté paternel, mais la mère et la plupart de ses parents maternels sont fréquemment atteints de douleurs rhumatismales. L'éruption apparaît constamment avec le même cortège de symptômes à la suite d'émotions morales et d'excès de fatigues, aussi nous bornerons-nous à donner la description d'une éruption.

Le 15 mars 1876, peu de jours avant l'époque des règles qui ne devaient point apparaître, Mlle B... qui s'était prodiguée auprès d'une jeune parente dangereusement malade, commença à ressentir d'abord à la main droite, puis à la main gauche une démangeaison assez vive, bientôt suivie de rougeur.

Cette rougeur siégait au centre de la face palmaire spécialement entre le premier et le deuxième métacarpien. Le 21 se manifestèrent de petites vésicules. Ces vésicules commencèrent par les doigts et se propagèrent ensuite à la face palmaire. Leur volume augmenta rapidement. Vers le 30, toutes s'étaient résorbées ou par leur rupture avaient donné issue au dehors à la sérosité qu'elles renfermaient. La portion des téguments occupée par les vésicules, était rouge et formait une figure assez régulière, mais plus longue que large; sur toute cette étendue l'épiderme se détachait facilement comme par écailles Il se renouvelle à plusieurs reprises. La peau excessivement délicate offrit un rouge assez vif qui disparut graduellement au bout de quinze jours.

En 1877, il nous fut donné d'asister à deux éruptions consécutives. La seconde éruption se manifesta alorsque la première n'avait pas en-

tièrement disparu. Les mêmes points furent atteints et les mêmes symptômes observés. Consulté par cette personne, nous lui conseillâmes le traitement suivant, quand elle avait été en proie à de violentes émotions, ou à des excès de fatigue à l'approche de ses règles; tisane d'armoise, bains de pieds chauds, aloès à dose purgative tous les matins jusqu'à l'apparition des règles.

Depuis, l'affection ne s'est plus manifestée que par deux fois où malgré nos conseils Mlle B... avait négligé de suivre ce traitement.

Danlos étudiant dans sa thèse (1) l'érysipèle menstruel et les affections cutanées supplémentaires crut devoir avancer la conclusion suivante : il existe une sympathie manifeste entre l'appareil utéro-ovarien et le système tégumentaire. Ayant eu entre nos mains un nombre de documents plus considérable et plus varié, nous n'hésitons pas à la suite d'études sérieuses à adopter la même conclusion. Mais nous trouvons que rattacher simplement à la grande classe des névroses toutes ces manifestations cutanées, ne satisfait point pleinement l'esprit. Loin de nous la pensée de nier ici l'action du système nerveux. Elle nous semble évidente. Mais le choix de l'appareil tégumentaire comme siège de troubles liés à la menstruation nous paraît tenir à une autre cause. L'opinion qui jusqu'ici, on le voit, a trôné dans la science, malgré le sentiment de la minorité des savants, considère la menstruation comme liée intimement à l'ovulation spontanée sans avoir d'autre but dans l'organisme. Cette opinion perd journellement du terrain.

On lui a objecté et nous-même au Congrès de Montpellier (2) une foule d'objections bien établies qu'elle est impuissante à expliquer. Elle a trouvé des adversaires même parmi nos savants les plus distingués, dans ces derniers temps. Pour nous qui avons regardé la menstruation comme une fonction desti-

(1) Th. déjà citée. Paris, 1874, n° 111.

(2) *Des rapports de la menstruation et de l'ovulation spontanée*, séance du 3 septembre 1879

née à éliminer de l'organisme les produits ultimes de dénutrition, nous ne sommes point étonnés de voir les téguments devenir sous l'influence de troubles nerveux le siège d'affections liées à la menstruation.

On connaît en effet la physiologie de l'appareil cutané, qui est complémentaire des organes respiratoires. On n'ignore pas que Burdack avait aussi considéré l'appareil utéro-ovarien comme jouissant des mêmes prérogatives. Avec ces données physiologiques, il est facile d'admettre que des désordres produits du côté de l'utérus en amènent aussi du côté de la peau, ou encore que le mauvais fonctionnement d'un système puisse exercer une influence prépondérante sur l'état hygide.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Septicémie puerpérale. — L'Académie discute depuis longtemps les questions relatives a la putréfaction et à la septicémie. Ces questions ont été encore remises à l'ordre du jour par la communication d'un mémoire de M. Lannelongue sur l'ostéomyélite des adolescents, et par un très-intéressant rapport de M. Panas sur cette même communication.

La discussion a eu lieu récemment entre MM. Panas, Colin, Pasteur, Trélat, Jules Guérin et Gosselin. Nous extrayons d'un discours prononcé par M. Colin un fragment qui intéresse directement les gynécologistes.

Après avoir émis l'idée que les phénomènes de la putridité dans l'organisme ne peuvent être imputés aux germes que l'air apporte sur les organes malades, M. Colin rappelle, à l'appui de son opinion, le développement des accidents qui suivent l'accouchement.

Chez toutes les femelles, et particulièrement chez celles de grande taille, trois conditions de putridité se trouvent réunies après la parturition :

1° L'utérus retient, pendant un certain temps, des produits altérables à éliminer : débris placentaires, restes de papilles, sac pla-

centaire, sang; 2° sa muqueuse, dans les points où elle a servi d'attache au placenta, doit, comme Coste l'a prouvé, se détruire par voie d'élimination ou de résorption; 3° dans cet utérus non complètement affaissé, à col flasque, un peu entr'ouvert, l'air peut pénétrer plus ou moins, avec ses miasmes, ses germes, auxquels il faut ajouter ceux qui y ont été portés par la main ou par les instruments, s'il y a eu intervention obstétricale.

Eh bien, comment se fait-il, en présence de telles conditions, dans un milieu si propre en apparence à la multiplication des proto-organismes de la putréfaction, que les accidents putrides, la fièvre puerpérale, distincts ou non de ces accidents, ne soient pas des suites constantes, des suites inévitables de l'accouchement? Dira-t-on, pour expliquer le développement exceptionnel de ces accidents, que tantôt la matière altérée ou altérable fait défaut dans l'utérus, ou que le vibrion se trouve dans l'impossibilité d'entrer? Non, les produits susceptibles de se décomposer existent toujours en certaine proportion, et le vibrion, que M. Pasteur fait ramper dans le canal de l'urèthre, pour arriver dans la vessie et dans l'oviducte des oiseaux, pour s'engager dans l'œuf avant la formation de la coque, se trouve ici en face d'une porte suffisamment large. Il est clair que s'il suffisait d'un pus de nature putride, d'un seul vibrion, d'un seul germe de vibrion venant de l'atmosphère ou d'ailleurs, pour donner lieu à la fièvre puerpérale, pas une femme n'échapperait à cette affection, pas une femelle, domestique ou sauvage, à des affections analogues. Mais, heureusement, il faut plus que cela : probablement beaucoup de matières putrides, des légions de proto-organismes, de la prédisposition, un état général de l'économie, peut-être, en outre, un agent spécifique, un virus.

M. Jules Guérin répond à M. Colin. Celui-ci part de cette idée que l'utérus, après l'expulsion du fœtus, reste béant, la plaie placentaire étalée; or, c'est le contraire qui arrive dans la généralité des cas. L'utérus commence à se contracter dès qu'il est débarrassé de son contenu; il revient sur lui-même et sa cavité s'efface, en sorte que la plaie intérieure, d'abord ouverte, se convertit graduellement en plaie fermée en quelque façon *sous-cutanée*.

Lorsque, au contraire, dans des cas exceptionnels, comme à la suite d'un accouchement laborieux ou pendant une épidémie de fièvre puerpérale, l'utérus est frappé d'inertie, il reste globuleux, sa cavité ouverte; il réalise précisément, par la stagnation des matières, cail-

lots, sérosité qu'il renferme, l'état, le plus favorable à la fermentation septicémique. C'est ce que j'ai cherché à établir, il y a quelques années, dans la grande discussion sur la fièvre puerpérale.

Au sujet donc de l'état de l'utérus après l'accouchement, notre savant collègue me paraît avoir pris l'exception pour la règle, ce qui explique la rareté relative de la septicémie puerpérale, du moins en dehors des foyers miasmatiques ; car la fréquence de la maladie, au contraire, dans les hôpitaux, dans les maternités, a prouvé, dès longtemps, que l'atmosphère contaminée de ces milieux est la première condition étiologique du développement de la septicémie puerpérale.

A ces remarques, M. Colin répond que, après l'accouchement, l'utérus des femelles domestiques revient bien en bloc sur lui-même, s'affaisse rapidement; mais ce n'est qu'après un temps assez long que sa cavité s'efface complètement. Tous les vétérinaires savent que le col reste flasque, plus ou moins entr'ouvert plusieurs jours après la sortie du fœtus, et qu'il demeure tel assez longtemps si l'expulsion des enveloppes fœtales est tardive. Alors, si on engage le bras dans l'utérus, la main s'y meut librement et perçoit la sensation d'un certain vide. D'ailleurs, chez la vache et la jument, le vagin, à partir de l'étranglement du méat urinaire, est normalement dilaté et par conséquent plein d'air ; il est donc en libre communication avec l'utérus tant que l'orifice du col n'est pas complètement resserré. Il résulte évidemment de ces dispositions que l'air peut, par lui-même, par les produits septiques dont il est chargé ou par ses germes, agir pendant un certain temps sur la muqueuse utérine malade et sur les produits altérables qu'elle contient. Pourtant, les accidents graves de la fièvre dite vitulaire chez la vache, fièvre sans nom chez les autres femelles, sont exceptionnels. (Séance des 6 et 13 mai 1879).

A. Lutaud.

Gastrotomie et hystérotomie. — M. Péan présente trois malades à l'Académie. Deux ont subi la gastrotomie : l'une, pour un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire ; l'autre, pour l'ablation d'un utérus affecté de tumeurs embryoplastiques ; la dernière portait une tumeur fibrocystique de l'utérus, qui fut traitée par le drainage chirurgical. Voici le résumé de ces trois observations.

La première n'avait que douze ans lorsqu'elle fut soumise à la gas-

trotomie. Elle portait depuis trois ans une tumeur à surface irrégulière et bosselée qui avait été considérée comme cancéreuse, même après des ponctions réitérées, par plusieurs chirurgiens qui l'avaient examinée. La tumeur était tellement volumineuse, eu égard à la petite taille de la malade, que les fausses côtes en paraissaient luxées en dehors et que les côtes inférieures remontaient en se superposant jusqu'à la clavicule.

Une volumineuse hernie existait à l'ombilic. M. Péan pensant avoir affaire bien plutôt à un kyste dermoïde qu'à une tumeur encéphaloïde se résolut à opérer. Il fit l'ablation par la gastrotomie, et malgré l'adhérence intime du grand épiploon à toute la face antérieure de la tumeur qui vint compliquer l'opération au point qu'il fallut lier et exciser une portion très saignante du repli séreux, M. Péan put retirer une portion solide (enveloppe du kyste et une masse formée d'aréoles, de matière sébacée et de poils), du poids de 5 k. 500 et 20 litres de liquides.

Le douzième jour après l'opération, l'enfant commençait à marcher; le dix-huitième elle rentrait dans sa famille, à quelques lieues de Paris, et pouvait reprendre ses jeux avec ses compagnes habituelles.

En produisant ce fait, M. Péan a moins l'intention d'arrêter l'attention de l'Académie sur la bénignité relative que paraît présenter l'extirpation des kystes dermoïdes de l'ovaire ou de l'abdomen (huit cas opérés par lui ont tous abouti à un guérison; une seule malade est morte du tétanos pendant la convalescence), que d'aborder quelques considérations d'un autre ordre. D'ailleurs, ne sait-on pas que la gastrotomie pratiquée pour l'ablation de tumeurs de diverses espèces est susceptible de donner des séries de guérisons successives de vingt malades, comme M. Péan a encore eu la satisfaction de l'observer cette année même dans sa pratique ?

Ce qu'il désire établir, c'est que chez de jeunes enfants dont la santé était fortement compromise et la croissance arrêtée par la présence de tumeurs assez volumineuses et pendant un temps assez long pour que le squelette eût subi des déformations importantes, l'extirpation a pu avoir pour heureux résultat, non seulement le retour à la santé, l'accomplissement normal de toutes les fonctions, une croissance régulière, mais encore la disparition des déformations du squelette qui a fait place à un très beau développement. En effet, la jeune opérée de M. Péan, qui va avoir quinze ans, est

aujourd'hui une belle jeune fille presque aussi grande que sa sœur aînée, qui a quelques années de plus qu'elle, et elle est réglée depuis un an et demi.

La seconde malade portait une tumeur utérocystique dont M. Péan la débarrassa en la soumettant à l'hystérotomie.

Cette tumeur était surtout intéressante au point de vue du diagnostic. Elle avait tous les caractères extérieurs des gros kystes du bassin. Ponctionnée avant l'opération elle avait donné quinze litres de liquide hématique complètement semblable à celui que contiennent les kystes sanguins de l'ovaire.

Très rapidement, ce liquide se reproduisit comme il arrive encore pour les kystes hémorrhagiques des annexes de l'utérus. A la suite de la ponction, l'épuisement et la prostration des forces s'accusèrent fortement.

Malgré sa faiblesse la malade supporta bien l'opération. M. Péan a présenté la tumeur à l'Académie le jour même (séance du 20 mars 1877) où elle fut enlevée, et son examen a été l'objet d'un rapport spécial de la part de M. Ch. Robin.

Le savant histologiste reconnut que la masse liquide, retenue dans la cavité utérine amplifiée, était un sang depuis longtemps épanché et chargé d'abondantes concrétions fongueuses, mais les parois du corps de l'utérus étaient le siège d'une hypertrophie considérable, de kystes et d'innombrables tumeurs de nature embryoplastique.

M. Péan n'avait pas chez cette malade réduit le pédicule, bien qu'il l'eût fait souvent depuis nombre d'années; la méthode qui consiste à laisser le pédicule au dehors lui a toujours donné de bons résultats. Il pense qu'on peut trouver des indications favorables à l'une et à l'autre méthode. Il n'avait pas non plus employé la méthode antiseptique.

Bien que l'utérus ait été enlevé complètement, sauf la portion intravaginale du col qui était restée saine, on était donc en droit de craindre qu'une récidive ne se produisît dans un délai relativement très court. Il n'en a rien été jusqu'ici et pourtant cette pauvre femme, marchande des quatre saisons, est loin de vivre dans des conditions d'hygiène et de bien-être favorable.

Elle a été opérée au moment où elle n'avait plus ses règles, après l'âge de la ménopause. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que la menstruation n'ait pas reparu après l'opération, tandis que chez les malades encore jeunes sur lesquelles on a enlevé à la fois l'utérus

et les deux ovaires, en conservant seulement la portion intravaginale du col, la menstruation a continué d'être régulière pendant un plus ou moins grand nombre d'années, jusqu'à l'époque de la ménopause. Chez plusieurs d'entre elles, pendant les premiers mois qui suivirent l'opération, il y eut au moment des époques un suintement sanguin à l'angle inférieur de la plaie, plus abondant que chez les malades auxquelles on a pratiqué l'ovariotomie et qui ont également un suintement sanguin à ce niveau.

Chez cette malade, ajoute M. Péan, comme chez les autres hystérotomisées qu'il a déjà présentées à l'Académie à diverses reprises, de même que chez toutes celles qu'il a dû soumettre à l'hystérotomie (il a déjà publié les observations de quarante-six d'entre elles,) il ne restait plus pour elle d'autre chance de salut que dans l'ablation de la tumeur en même temps que de celle de la majeure portion de l'utérus. Pour lui, il n'hésite pas à déclarer que les trente succès qu'il a obtenus sur ce nombre lui paraissent suffisants à légitimer l'opération et à encourager les chirurgiens à ne plus abandonner les malades quand elles sont vouées à une mort certaine. Il est bien vrai que le plus grand nombre des malades affectées de volumineux fibromes utérins peuvent vivre sans se soumettre à l'opération; mais dans les cas où l'inverse a lieu, et c'est ce qui s'est produit pour les opérées de M. Péan, ce chirurgien estime qu'on serait blâmable de ne pas intervenir.

La dernière malade présentée par M. Péan offre à ces divers points de vue un intérêt particulier. Il y a deux ans, il a enlevé par le col un fibrome et il croyait avoir obtenu une guérison définitive. Lorsqu'il y a six mois la malade revint le trouver avec une énorme tumeur fibro-cystique de l'utérus et un état fébrile des plus intenses, elle était sur le point de succomber à des hémorrhagies et à des symptômes d'infection putride. Le doigt introduit par la cavité du col ayant montré que la plus grande partie de la tumeur était fluctuante, il incisa avec le thermo-cautère et évacua plusieurs litres de liquide : ceci fait, il reconnut qu'une partie de la tumeur était solide, s'implantait sur le fond de l'utérus et qu'elle était dès lors inopérable par le vagin; il introduisit par l'ouverture de la poche kystique un long tube fenêtré à double courant, afin de faire plusieurs fois par jour des injections antiseptiques, de modifier la tumeur et d'en amener l'atrophie. Au bout de quelques semaines, cet heureux résultat était obtenu après une réaction fébrile inquiétante. La guérison

paraissait complète et définitive lorsque la malade revint une troisième fois trouver M. Péan avec une énorme tumeur fibro-cystique, et il est évident que les moyens médicaux sont impuissants à enrayer la marche de cette affection.

Il présente cette malade pour montrer que l'hystérotomie, si elle avait été acceptée depuis longtemps, ne l'aurait pas laissée dans la situation fâcheuse où elle se trouve actuellement; cela est d'autant plus à regretter que les résultats obtenus par l'hystérotomie ont été jusqu'ici des plus encourageants.

(Séance du 18 novembre 1879.)

Dr A. LUTAUD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Exemple d'inversion ou introversion complète de l'utérus. — La femme X..., âgée de 44 ans, d'une constitution chétive, très faible, entre dans le service de Lisfranc le 31 octobre 1838. Accouchée d'un enfant à terme, il y a dix-huit mois, elle ne peut donner sur son accouchement, la durée du travail, la délivrance, aucun détail; elle dit seulement que, depuis ses couches, elle a toujours été souffrante et fréquemment alitée; qu'elle a eu des pertes, et entre autres deux extrêmement abondantes, qui l'ont beaucoup affaiblie. Un médecin qu'elle consulta lui dit, après avoir pratiqué le toucher vaginal, qu'elle avait un polype, et il l'adressa à Lisfranc.

A son entrée à l'hôpital, la malade est d'une débilité extrême; la pâleur du visage et la décoloration générale du tégument externe dénotent une anémie profonde que confirment la petitesse du pouls et un souffle cardiaque prononcé.

Lisfranc pratiqua le toucher par le vagin, qui ne lui donna pas une notion assez complète pour poser un diagnostic certain. Ce ne fut qu'après avoir eu recours au toucher rectal, qu'il déclara la malade atteinte d'inversion utérine.

Le toucher vaginal, comme je m'en assurai moi-même, conduisait directement sur une tumeur globuleuse, située à plusieurs pouces de l'orifice vulvaire, et dont le sommet, en avant, se continuait en forme de pédicule, avec le vagin, sans apparence de col utérin. Tandis qu'en arrière, le doigt, arrivé à un point le plus élevé de la paroi, pénétrait



Figure 1. — *a*, *a*. Coupe médiane du pubis. — *b*. Paroi postérieure du vagin dont les deux lambeaux *c*, *c* de la paroi antérieure incisée longitudinalement, sont renversés longitudinalement. — *d*. Utérus à l'état d'inversion complète présentant un resserrement circulaire au niveau de son col. L'ouverture infundibuliforme de la cavité utérine offre des plis rayonnés formés par le péritoine qui y pénètre en même temps que les ligaments des ovaires. — *g*, *g*. Les ovaires et leurs ligaments. — *h*. Cul de sac péritonéal intra pelvien.

dans une sorte de cavité limitée par une bride qui s'interposait entre lui et la tumeur, on ne se rendait pas bien compte de la connexité de cette tumeur avec le vagin en ce sens, que l'on pouvait la soulever et la renverser dans une certaine étendue d'arrière en avant. On ne constatait d'ailleurs aucun bourrelet analogue à celui que forme le col dans l'inversion incomplète.

La malade, vu son extrême faiblesse, ne fut soumise à aucun acte chirurgical.

Dans les premiers jours de novembre, elle fut prise d'une diarrhée qui résista à tous les moyens curatifs qui lui furent opposés.

La malade, tombée dans un épuisement complet, succomba le 29 novembre 1838.

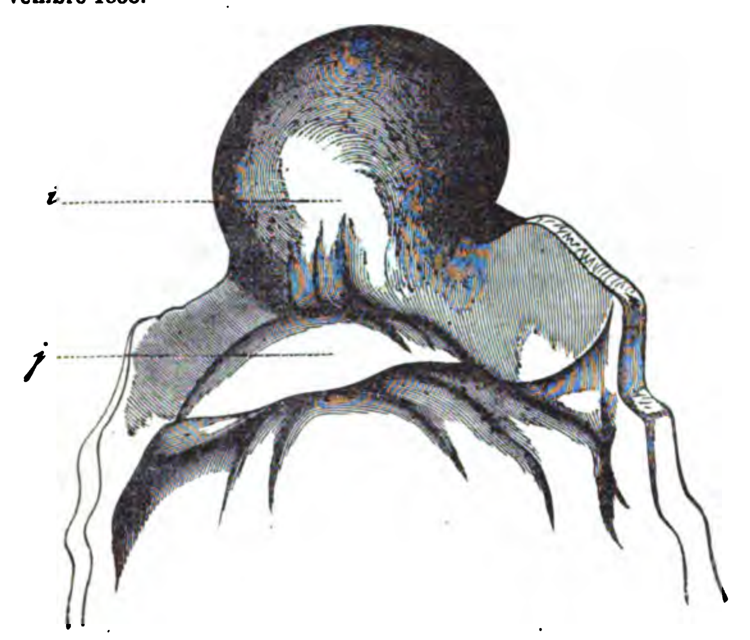


Figure 2.

. Utérus relevé pour montrer la bride vaginale qui rendait le diagnostic obscur au toucher.

A l'autopsie, il me fut permis d'enlever les organes génitaux et les trois dessins que je mets aujourd'hui sous les yeux de mes collègues ont été faits sur la pièce anatomique par mon très regretté ami,

Pierre Gratiolet, externe dans le service; j'en ai moi-même surveillé tous les détails dont la reproduction est on ne peut plus exacte.

Le dessin n° 1 représente le vagin ouvert de bas en haut, sa paroi antérieure est divisée sur la ligne médiane dans toute sa hauteur, et les deux côtés sont renversés à droite et à gauche.

Les rapports de l'utérus deviennent ainsi très apparents; de forme globuleuse, arrondie assez uniformément, il présente à sa partie supérieure un resserrement circulaire, un peu au-dessous du point où il se continue avec le vagin qui, comme on peut le voir sur la pièce, a suivi le col utérin introversé.

Dans l'attitude où l'a placé l'inversion, l'orifice vaginal du col utérin regarde la cavité péritonéale. Il représente assez bien un infundibulum dans lequel s'introduisent le ligament rond et les conduits ovariens pour se rendre sur chaque côté du fond de l'utérus, ainsi que cela se voit à la figure 3 représentant la matrice incisée en avant dans toute sa hauteur.

Il faut aussi noter dans l'ouverture infundibuliforme du col, des plis rayonnés assez nombreux formés par le péritoine et le tissu sous-péritonéal entraîné dans la cavité utérine.

L'utérus a son volume habituel; son tissu, au toucher, est ferme, sa surface comme tomenteuse et chagrinée est le siège de quelques ulcérations superficielles.

Les ovaires étaient plus volumineux qu'à l'état normal et moins consistants; ils offraient une coloration rouge lie de vin.

La figure n° 2 représente la paroi antérieure du vagin ouverte, et l'utérus relevé et renversé en haut, de façon à mettre en évidence la bride qui existe sur la paroi postérieure du vagin, sous laquelle le doigt explorateur s'engageait, lors du toucher, ce qui avait contribué à rendre possible une erreur de diagnostic, ainsi que je l'ai indiqué dans l'observation.

La figure 3 montre la cavité de l'utérus inversé et la présence des ligaments ronds et ovariques qui en mesurent toute la hauteur et ont suivi le fond de l'utérus aux angles duquel ils viennent se rendre.

Les ovaires tuméfiés ont participé à ce déplacement; entraînés par leurs ligaments ils se sont rapprochés de l'organe utérin.

Leur augmentation de volume et la teinte vineuse bleuâtre de leur tissu, me semblent résulter de la stase du sang veineux ou congestion passive due à la gêne de la circulation à l'intérieur des vaisseaux utérins infléchis et déviés de leur direction normale.

J'ai dit, dans l'observation, que le chirurgien s'était abstenu chez cette malade de toute intervention active, son état d'épuisement s'y étant opposé. Mais en supposant qu'elle se fût trouvée dans des conditions générales de santé meilleures, je me demande quelle eut dû être cette intervention?

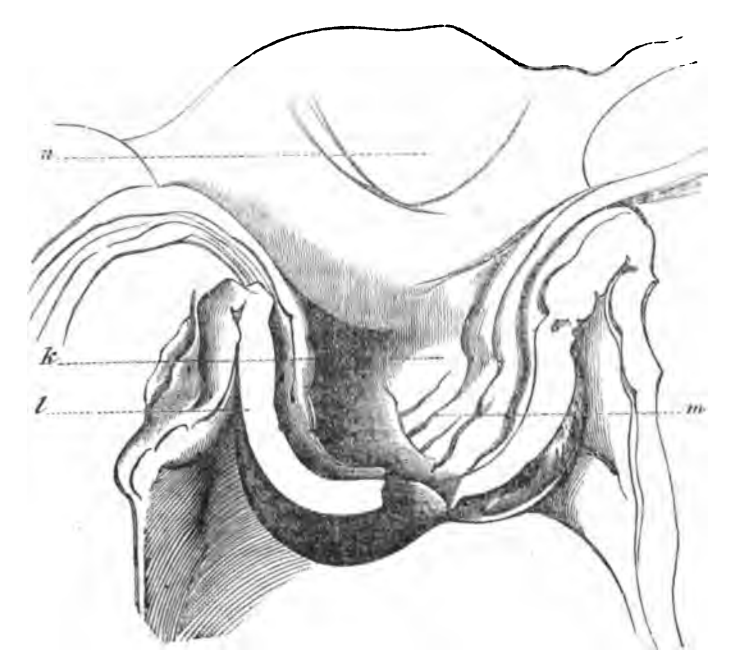


Figure 3.

k. Coupe verticale de l'utérus sur sa paroi antérieure.

l. Les bords de la coupe écartés l'un de l'autre permettent d'apprécier le degré d'épaisseur du tissu utérin et de voir les rapports qui existent entre les ligaments des ovaires, les cordons sus-pubiens et la cavité de l'utérus en inversion complète.

m. Ligament large et trompe utérine.

n. Feuillet péritonéal.

Ici se pose une question importante de pratique chirurgicale. Jusqu'à quelle époque peut-on rationnellement essayer la réduction dans un cas d'inversion complète de l'utérus?

La solution de cette question est d'un intérêt incontestable, car les

manœuvres de réduction sont loin d'être inoffensives, et faites inopportunément lorsque l'irréductibilité de l'utérus est certaine, elles peuvent déterminer des accidents phlegmasiques graves, auxquels des femmes ont succombé, alors qu'une opération radicale eût pu avoir un résultat favorable.

J'insiste donc à dessein, et je demande si, dans le cas actuel, l'inversion, qui datait de quinze mois, n'était pas irréductible? Je n'hésite point à répondre par l'affirmative. La coupe longitudinale de l'utérus permet d'apprécier la densité de son tissu, l'épaisseur de ses parois, et, conséquemment, de reconnaître l'impossibilité de le retourner sur lui-même et de remédier ainsi à cette hétérotopie complète.

Je sais bien que les auteurs ont cité des exemples de réduction dans des cas d'inversions utérines datant de plusieurs années; mais ces cas n'étaient que des inversions partielles, et encore faut-il dire que plusieurs des malades soumises au taxis dans ces conditions, ont succombé à des péritonites aiguës.

En résumé, si j'avais à prendre un parti pour une inversion utérine complète et chronique, analogue à celle que j'ai soumise à l'appréciation de mes collègues, je m'abstiendrais de toute tentative de réduction, convaincu que je suis, qu'elle ne peut se faire qu'à une époque rapprochée de l'accouchement, alors que le tissu utérin conserve un certain degré de souplesse, et que ses éléments musculaires, développés par la grossesse, jouissent encore de leur puissance contractile qui, à mon avis, joue un rôle important dans le mécanisme de l'inversion, et dont l'intervention me paraît être aussi un auxiliaire actif dans les manœuvres de réduction.

Je fonde cette manière de voir sur l'étude des dispositions propres aux plans musculaires superficiels et profonds de l'utérus au moment de l'accouchement.

Les uns arciformes, les autres longitudinaux ou obliques, quelques-uns triangulaires, ils procèdent presque tous du fond de la matrice, notamment les fibres arciformes et longitudinales, qui ont pour effet dynamique de l'abaisser, de le rapprocher du col; or, dans le cas où celui-ci est plus ou moins inerte, les contractions musculaires continuant à s'effectuer avec énergie, on comprend qu'elles puissent entraîner le fond de l'organe à travers l'orifice du col, et donner lieu ainsi à une inversion spontanée dont les auteurs ont cité plusieurs xemples.

Si la contractilité musculaire se retrouve dans le taxis, on comprend

non moins facilement que, refoulé dans le col utérin encore sensiblement dilatable, le fond de l'organe puisse être brusquement redressé par l'action musculaire excitée et mise en jeu par les manœuvres du taxis.

Ainsi s'explique le mécanisme de la réduction dans le cas cité par M. Desprès qui fut frappé, a-t-il dit, de la rapidité avec laquelle l'utérus, dont il avait en partie opéré le taxis, lui échappa subitement des doigts et reprit son attitude normale, par un mouvement brusque et en quelque sorte spontané.

Je m'abstiendrais aussi d'une opération radicale et je me bornerais à un traitement palliatif tant que des accidents morbides ne menaceraient pas la vie de la malade. Cette conduite trouverait, au besoin, sa justification dans les faits assez nombreux qui prouvent que des femmes ainsi atteintes d'inversion utérine même complète, abstraction faite du museau de tanche, comme on en trouve un cas reproduit par Lisfranc dans sa *Clinique chirurgicale*, ont pu vivre sans présenter d'accidents sérieux et continuer à se livrer à leurs occupations.

Si l'existence de la malade était en danger, et si le chirurgien se trouvait dans l'obligation de recourir à une opération radicale, je choisirais volontiers le procédé opératoire institué par Valette, de Lyon, qui consiste à diviser les tissus, de manière à prévenir l'hémorrhagie et à éviter l'ouverture de la cavité péritonéale, en produisant les adhérences solides des feuillets de la séreuse mise en contact avec elle-même avant la chute de la tumeur. Ce procédé, décrit par M. Valette lui-même dans la *Clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon*, page 202, in-8°, 1875, est une combinaison de la ligature et de la cautérisation au chlorure de zinc.

Les observations de M. Valette portent sur trois cas d'inversion qu'il a opérés : il a obtenu deux succès, il y a eu un insuccès; la malade a succombé le dix-neuvième jour à des accidents de septicémie.

Je crois, avec Demarquay, *Traité clinique des maladies de l'utérus*, 1 vol. in-8°, 1876, que les indications que ce procédé tend à remplir, doivent encourager les chirurgiens à y avoir recours de préférence à tout autre.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, T. V, n° 7, p. 590.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Recherches sur les dimensions de la tête du fœtus, par MM. P. Budin et A. Ribemont. — Malgré des études nombreuses faites en France et à l'étranger sur cette question si importante au point de vue de l'accouchement, l'accord n'est pas complet entre les auteurs. Simpson, Collins et Clarke en Angleterre, avec Chéreau en France, ont trouvé des contradicteurs en Allemagne dans Calper Veil et Pfannkuch sur la prédominance des diamètres, du poids et de la mortalité des garçons nouveau-nés.

Les auteurs de cette communication ont pensé avec raison qu'il était intéressant d'établir, après examen d'un nombre suffisant d'enfants, les longueurs moyennes de chacun des diamètres de la tête chez le fœtus à terme. Ces diamètres ont été mesurés sur 211 enfants pesant en moyenne de 3000 à 3500 gr., de 48 à 72 heures après l'accouchement, c'est-à-dire après le retour de la tête à son volume primitif. Nous ne reproduirons pas ces mesures que le lecteur pourra retrouver au compte-rendu de la Société. Les chiffres les plus importants à retenir au point de vue pratique, c'est 11 centimètres pour le diamètre sous-occipito-frontal, et 33 à 33 centimètres et demi pour la circonférence correspondante, diamètre et circonférence nécessaires au niveau de l'utérus, du vagin et de la vulve pour que la tête puisse sortir du canal génital.

Les auteurs en déduisent cette intéressante conclusion au point de vue de l'opération césarienne : que les incisions à faire sur les parois abdominale et utérine, devront mesurer 16 à 17 centimètres de longueur afin que leurs lèvres puissent, en s'écartant, limiter une circonférence capable de laisser passer la circonférence sous-occipito-frontale. Ils ont vu également que tous les diamètres de la tête augmentent d'une façon progressive au fur et à mesure que le poids du fœtus s'accroit; enfin qu'à poids égal les diamètres de la tête ne sont pas plus considérables chez les garçons que chez les filles. Quoiqu'en ait dit Pfannkuch, ce n'est pas le sexe, mais le poids de l'enfant qui fait varier le volume de la tête. Toutefois ces augmentations dans les diamètres sont progressives sans être proportionnelles.

Recherches expérimentales sur la déchirure des membranes de

l'œuf humain, par M. Ribemont.—Au moyen d'un appareil ingénieux l'auteur a pu, dans 217 expériences, lire les différentes pressions intra-utérines reproduites sur un manomètre à flotteur. Il est arrivé aux conclusions suivantes : Les membranes se rompent simultanément ou successivement; l'amnios, bien que plus résistant isolément, se rompt toujours d'abord dans le second cas. La résistance totale des trois membranes peut être évaluée à 10 kil. 302. On peut évaluer à environ 11 kil. 178 la force moyenne des contractions utérines qui ont déterminé l'expulsion du fœtus dans les cas où l'accouchement s'est fait de 5 à 15 minutes après la rupture de la poche des eaux. La force alors nécessaire a été de 7 kil. 125 au moins, et de 17 kil. 301 au plus.

Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal, par M. Budin.— (Voir *Annales de Gynécologie*, 1879, p. 375.)

Recherches sur la sécrétion et l'innervation vaso-motrice de la mamelle, par M. Laffont. — Reprenant des expériences non terminées de Claude Bernard, et poursuivies sans résultat par M. E.Eckkard sur les nerfs de la glande mammaire, M. Laffont a observé des phénomènes qui lui permettent d'affirmer que la mamelle chez la chienne possède des nerfs dilatateurs types, analogues à ceux de la corde du tympan et du nerf maxillaire supérieur, en même temps que des nerfs sécréteurs à action centrifuge.

L'expérience a porté sur les nerfs mammaires en même temps que sur la veine mammaire d'une chienne en lactation. curarisée légèrement ou immobilisée par une injection intraveineuse de cicutine.

L'excitation du nerf intact avec un courant induit faible produit une dépression circulatoire qui devient de plus en plus considérable ; en même temps la mamelle devint turgide, le mamelon s'érige, tandis que l'état de pâleur et de flaccidité des autres mamelles rend le phénomène d'autant plus manifeste surtout si l'on opère sur des animaux à robe blanche.

Après ligature et section du nerf, on excite le bout périphérique avec le même courant à peine sensible à la langue : une dépression veineuse immédiate s'ensuit, en même temps que survient tout le cortège de la congestion. Si à ce moment on comprime le mamelon des autres mamelles, on fait suinter à peine quelques gouttes de lait, tandis que la même manœuvre sur la mamelle opérée provoque des jets multiples et forts.

De ces faits M. Laffont conclut que le mécanisme de la sécrétion lactée est le même que celui bien connu de la sécrétion salivaire, et se trouve conduit à poser cette loi générale : *Toute sécrétion, à l'état physiologique, se fait par le concours simultané des nerfs sécréteurs et des nerfs vaso-dilatateurs.*

(Séances des 12 et 19 juillet, 2 août et 11 octobre 1879.)

Dr E. HOTTENIER.

REVUE SEMESTRIELLE DES TRAVAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS

Par A. Lutaud, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

Du prolapsus des ovaires, par le Dr PAUL MUNDÉ, de New-York. — Dans un mémoire très étendu et très complet, l'auteur a étudié les déplacements de l'ovaire normal ou légèrement hypertrophié. Il est arrivé aux conclusions suivantes, basées sur l'étude de 1,500 cas pris au hasard dans la pratique gynécologique.

1° La question des déplacements de l'ovaire n'a pas encore été décrite dans les ouvrages classiques en tant qu'affections distinctes ;

2° Le prolapsus des ovaires est une affection commune qui accompagne fréquemment les déplacements de l'utérus en arrière. Cette fréquence des déplacements est évidemment due à la grande mobilité des ovaires. Le plus souvent les organes déplacés se trouvent en arrière dans le cul-de-sac de Douglas.

3° L'ovaire normal ou légèrement hypertrophié devient fréquemment à l'état de prolapsus, soit à la suite d'un déplacement utérin, soit à la suite de congestion ou de troubles menstruels. Mais ce déplacement reconnaît souvent pour cause une augmentation du volume et du poids de l'ovaire.

4° Lorsque le prolapsus se prolonge et détermine, même dans l'ovaire normal, un certain degré d'hyperhémie, d'hyperplasie et d'hyperesthésie qui résulte soit de l'obstruction vasculaire, soit des tiraillements consécutifs au coït et à la défécation, ces troubles sont encore plus manifestes lorsque l'ovaire était déjà hypertrophié avant son déplacement.

5° Dans des cas très rares, les ovaires déplacés retournent spontanément à leur position normale : ce changement ne peut avoir lieu

que lorsque l'engorgement menstruel a cessé et lorsque la malade s'est trouvée accidentellement dans une position extrêmement favorable, mais, en règle générale, l'ovaire ne peut être replacé que par des moyens artificiels.

6° Les symptômes qui résultent du déplacement ovarien sont plus ou moins vagues, mais ils sont généralement assez intenses pour appeler l'attention des malades et des médecins.

7° Le diagnostic de cette affection est en général assez facile à l'aide du toucher rectal et de la palpation bi-manuelle.

8° Le traitement consiste à replacer l'organe dans sa position normale. Il faut également redresser l'utérus dans les cas où il est déplacé, ce qui est possible lorsque les ovaires n'ont pas contracté d'adhérences. On maintiendra le redressement de cet organe par des moyens appropriés.

9° Il faut souvent beaucoup d'adresse et de patience pour maintenir en place les ovaires sensibles hyperémiés ; lorsque les organes ont repris leur position normale, il est souvent utile d'appliquer le traitement ordinaire de l'ovarite chronique.

10° S'il existe des adhérences des ovaires, le traitement sera simplement palliatif et consistera dans l'emploi des narcotiques et des antiphlogistiques. Dans les cas où les troubles généraux présentent une gravité excessive on pourra pratiquer l'ovariotomie. (*Société américaine de gynécologie*, *New-York medical Record*, 18 *octobre* 1879).

Plaie de l'utérus gravide par une balle ; mort du fœtus ; guérison de la mère. — Le Dr Georges Hays rapporte l'observation suivante dans le *New-Orleans medical and surgical journal.*

Une femme de couleur, âgée de 18 ans, enceinte de six mois, fut frappée, le 20 juin 1879, par une balle de pistolet qui avait ricoché à environ cinquante mètres de l'endroit où avait été tiré le coup. La balle, qui pesait huit grammes et demi, pénétra dans la cavité abdominale sur le côté gauche, en entrant obliquement à cinq centimètres de distance de l'épine iliaque gauche. Il y eut peu d'hémorrhagie. Lorsque M. Hays la vit quelques heures après, la plaie étroite était complètement bouchée par de l'épiploon. Il était probable, d'après la direction du trajet de la balle, que l'utérus avait été blessé. Les douleurs étaient très vives.

L'épiploon fut réduit. Morphine à l'intérieur, cataplasmes laudanisés à l'extérieur. Le 21 juin, de l'ergotine ayant été donnée pour

exciter des contractions utérines, le fœtus fut expulsé avec ses membranes. Celles-ci contenaient peu d'eau, des caillots accompagnèrent le fœtus.

Le fœtus avait été traversé de part en part par la balle, mais celle-ci ne put être retrouvée ni dans les membranes ni dans le placenta.

La femme, d'abord très épuisée, eut une péritonite violente. A partir du 27 juin, son état s'améliora. Le 17 juillet, la menstruation survint. Le 20 juillet, elle était bien guérie et reprenait ses occupations. Le 9 août, M. Hays la vit, vaquant absolument à ses affaires et sans paraître ressentir aucun inconvénient de la balle qu'elle portait dans son économie.

De la septicémie idiopathique dans la pratique gynécologique, par le Dr CHADWICK, de Boston. — L'auteur admet la définition de Burdon Sanderson, qui considère la septicémie comme un trouble constitutionnel de durée limitée causé par l'introduction dans la circulation d'une certaine quantité de matière septique. Sous le nom de pratique gynécologique, M. Chadwick comprend toutes les affections qui ont pour siège les organes génitaux de la femme, ainsi que les complications obstétricales.

Dans son mémoire, l'auteur rapporte cinq observations typiques qui présentaient les caractères suivants : à la suite d'une ulcération sur la surface interne de la cavité utérine, un frisson se déclare; il n'y a ni douleurs ni sensibilité de la région hypogastrique, mais une fièvre intense avec élévation de la température. En somme, le symptôme spécial de la septicémie gynécologique est une senbilité anormale de la région utérine coïncidant avec une fièvre intense.

M. Chadwick emploie comme désinfectant une solution de permanganate de potasse ayant à peu près la coloration du vin rouge; outre ses propriétés désinfectantes, cette solution présente l'avantage d'indiquer la présence des matières putrides. Employée en injections, elle change de couleur et devient jaunâtre lorsqu'elle est en contact avec les produits de la putréfaction. Les injections intra-utérines doivent être discontinuées, si elles sont suivis de frissons. (*Société américaine de gynécologie*, *New-York medical Record*, 18 octobre 1879.)

De la septicémie puerpérale, par le Dr SINCLAIR, de Boston. — L'auteur rapporte l'observation de vingt et un cas de septicime puerpérale survenus à la Maternité de Boston. Sur ce nombre, il y eut neuf

décès et douze guérisons. Les cas rapportés par M. Sinclair sont en faveur de la *contagion directe*. Voici d'après l'auteur les conditions qui favorisent l'invasion de la maladie : travail pénible et prolongé; lacération du périnée et du col utérin ; rétention de matières étrangères dans l'utérus; état nerveux. Le traitement a été établi sur les bases suivantes : quinine et cinchonidine; préparations alcoolisées; alimentation aussi réparatrice que possible et selon les forces de l'estomac, douches utérines et injections avec une solution de permanganate de potasse. (*Société américaine de gynécologie. New-York medical Record*, 18 octobre 1879).

De l'emploi de l'ipécacuanha pendant le travail, par le Dr GARRIGER. — En se basant sur l'utilité do l'ipécacuanha dans le traitement des hémorrhagies utérines, M. Garriger a eu l'idée de l'employer pendant le travail et a reconnu que cette substance excite puissamment l'utérus et facilite la dilatation du col rigide. Il change des douleurs pénibles et inutiles en douleurs expulsives moins douloureuses. Administré à la dose de 10 à 20 centigrammes, l'ipécacuanha parait régulariser le travail en augmentant la puissance des contractions utérines. (*New-York med. Journ.*, novembre 1879).

De la rupture de l'utérus en dehors de la grossesse, par le Dr R. SABIN. — La rupture de l'utérus en dehors d'une cause traumatique et de la grossesse est un fait exceptionnellement rare, et c'est seulement avec certaines réserves que l'on acceptera le cas suivant, ou tout au moins l'explication donnée par le Dr Sabin, d'autant plus que l'observation n'est pas des plus détaillées; cependant nous devons rappeler que Larcher a publié un fait de rupture de l'utérus causée par un polype fibreux. Cet auteur a attribué la rupture à l'effort des contractions utérines causées par la présence du polype, tandis que le col restait fermé. Cette hypothèse est certainement préférable à celle que le Dr Sabin propose, à savoir la rupture par les gaz développés au-dessus du tampon.

Il s'agit d'une femme, Mme R..., âgée de 46 ans, mère de 8 enfants, dont le plus jeune avait quatre ans; elle vint consulter le Dr Sabin, le 26 août, se plaignant de nausées et de vomissements ; il n'y avait pas de douleurs, elle demandait si elle n'était pas enceinte, bien qu'elle n'éprouvât pas de symptômes de grossesse; elle avait été bien réglée jusqu'aux derniers trois mois, elle n'éprouvait aucun

désordre utérin et n'avait pas de leucorrhée. On lui prescrivit du saccharure de pepsine. Elle revint le 28 août, disant qu'elle n'était pas mieux, et le 30 août elle fit la même observation. Le Dr Sabin alla chez elle, proposa un examen, pensant que les vomissements étaient symptomatiques d'une irritation de l'utérus, mais il ne fut pas rappelé par la malade avant le 4 octobre. Ce jour-là, à cinq heures du matin, le mari de cette femme vint prier le Dr Sabin de venir en toute hâte, parce qu'elle avait une perte abondante.

En arrivant auprès de la malade, le Dr Sabin la trouva dans un état syncopal; on ne sentait presque plus de pulsations.

Il administra de l'extrait d'ergot, enleva les caillots qu'il examina avec soin, sans trouver de fœtus ni de placenta. Un tampon d'ouate saturé de tannin fut porté sur le col; l'hémorrhagie sembla d'abord arrêtée.

Le malade ne souffrait pas, mais elle était très faible; on lui fit prendre de l'eau-de-vie. Trois heures plus tard, le Dr Sabin fut rappelé en compagnie d'un confrère; l'hémorrhagie s'était renouvelée. Ils enlevèrent les caillots et appliquèrent un tampon d'ouate avec du tannin, puis tamponnèrent le vagin avec de la mousseline. L'hémorrhagie cessa et l'on continua l'ergot et l'eau-de-vie. Pendant la journée, la malade se releva un peu, mais elle était encore dans la prostration et vomissait lorsqu'elle prenait quelque aliment. Le surlendemain, samedi 5, il n'y avait aucun changement; elle avait uriné, et l'hémorrhagie ne s'était pas renouvelée.

Le dimanche, le Dr Sabin, rappelé à 5 heures du matin, trouva la malade se plaignant d'une vive douleur à l'hypogastre; il fit une injection de morphine, enleva le tampon, et fit le cathétérisme de la vessie. L'état de la malade devint rapidement désespéré; elle succomba à trois heures de l'après-midi.

L'autopsie fut faite vingt-cinq heures après la mort. Le corps était bien conservé, la peau très-pâle; l'épiderme cédait sous une légère pression du doigt; l'abdomen était distendu par du gaz, l'utérus présentait le volume d'un utérus au quatrième mois de la grossesse; il y avait une rupture vers le fond s'étendant de droite à gauche et s'ouvrant dans la cavité péritonéale et très peu de pus.

Tous les autres organes était normaux. Le médecin qui avait été appelé en consultation donna les renseignements suivants :

Mme R... était venue le consulter au commencement de septembre, elle se plaignait de nausées et de vomissements; il diagnostiqua une

gastrite chronique et la vit plusieurs fois. « Un jour il la trouva atteinte de douleur du bas-ventre, ressemblant aux douleurs de l'accouchement; procédant à un examen, il trouva un polype faisant saillie en dehors de la vulve: cette tumeur avait le volume d'une petite figue, ttenante à l'utérus. Il prit une sonde pour l'examiner, et en la passant autour du pédicule, le polype céda et tomba. Il n'y eut pas d'hémorrhagie, et aucun autre traitement ne fut pratiqué. La malade put reprendre ses occupations ménagères jusqu'au 4 octobre, où se produisit l'hémorrhagie. »

Il faut maintenant. dit le Dr Sabin, résoudre cette qnestion, à savoir : Quelle est la cause de la rupture et quand celle-ci a-t-elle eu lieu? L'auteur pense que l'utérus a été rompu par le gaz qui s'est formé dans sa cavité après que le tampon a été introduit, et que cette rupture s'est faite la nuit du samedi vers minuit; lorsque la vive douleur s'est manifestée, en effet, lors de la visite faite à cinq heures du matin, elle se plaignait d'avoir éprouvé la sensation d'une sorte de rupture à la partie inférieure de l'abdomen.

Quelle était alors la cause de l'hémorrhagie? L'auteur pense que le polype, en se détachant, avait entraîné la muqueuse utérine, laissant la paroi amincie et probablement une artère isolée, de sorte que l'inflammation de la paroi musculaire ulcéra l'artère, d'où l'hémorrhagie mortelle! (*New-York Medical Journal*, août 1879.)

De l'atrésie congénitale ou accidentelle du vagin et de ses conséquences au point de vue de la grossesse; par le Dr Isaac Taylor. — L'auteur rapporte une observation d'atrésie complète et congénitale du vagin avec grossesse et délivrance d'un enfant vivant. L'atrésie fut traitée par la lacération des parties oblitérées. M. Taylor cite un cas analogue observé dans la pratique du Dr Simmons et qui fut traité avec succès par le bistouri.

On peut se demander dans ces cas comment la conception a pu avoir lieu et par quelle voie s'écoulaient les règles. Quelques auteurs ont émis l'opinion que le sang menstruel apparaissait à la vulve par une sorte de transsudation à travers les tissus, mais le Dr Taylor pense, avec plus de raison, qu'il existe toujours dans ces cas un trajet imperceptible qui donne passage aux liquides qui proviennent de l'utérus. Dans quelques cas ce passage a pu être découvert; dans d'autres cette découverte a été impossible malgré les plus minutieuses recherches.

Dans ces cas l'auteur recommande d'opérer en se frayant graduellement un passage par la lacération des tissus, à l'aide de l'ongle ou du manche d'un scalpel. Ce procédé qui présente l'avantage d'éviter les hémorrhagies et les accidents inflammatoires ne nous paraît applicable que dans les cas d'atrésie incomplète (*Société américaine de gynécologie. New-York medical Record*, 18 octobre 1879).

De la rétroversion et du prolapsus de l'utérus, considérés dans leurs rapports avec la lacération du col utérin; traitement chirurgical de ces affections; par le Dr NATHAN BOZEMAN, de New-York. — La lacération simple du col utérin et son traitement chirurgical ont beaucoup attiré l'attention pendant ces dernières années. Ce fait est dû à la publication faite en 1874 par le Dr Emmet, d'un mémoire dans lequel cet auteur signalait cet accident comme une cause encore peu connue d'un certain nombre d'affections.

Dans un second mémoire publié en janvier 1877 dans l'*American practitioner*, le Dr Emmet a de nouveau exposé ses vues sur cette importante question, mais il s'est plutôt attaché dans ce travail à réfuter les objections qui lui avaient été adressées qu'à présenter des faits nouveaux.

Les neuf propositions suivantes résument à peu près les opinions du Dr Emmet.

1° Lorsque la lacération du col s'étend jusque ou au delà du point de jonction utéro-vaginal, sur un côté ou sur les deux, l'éversion des lèvres du col et l'abaissement du corps en sont la conséquence naturelle; ces phénomènes sont plus marqués lorsque la lacération porte sur les deux lèvres du col.

2° Les changements qui surviennent alors dans la forme, les rapports et les fonctions de l'utérus sont dus à ce que la lèvre postérieure se porte vers le rectum aussitôt après l'accouchement, tandis que la lèvre antérieure s'étend en avant dans l'axe du vagin.

3° L'irritation des surfaces lacérées et l'érosion qui survient le plus souvent sur les lèvres inversées, détermine un arrêt de l'involution utérine et par suite la rétroversion.

4° Par suite de l'augmentation du poids de l'utérus les lèvres inversées sont pressées contre la paroi rectale du vagin et les traces de la lacération disparaissent complètement avec le temps.

5° L'examen du col peut donner lieu à des erreurs relativement à

ses dimensions et à l'axe véritable du canal. Le col paraît généralement plus volumineux.

6° Lorsque la lacération du col n'est pas traitée, les follicules hypertrophiés qui tapissent la muqueuse cervicale inversée peuvent subir une dégénérescence kystique, se rompre et disparaître.

7° La rupture du périnée accompagne fréquemment la lacération du col et elle en augmente la gravité en affaiblissant encore les moyens de support offerts à l'utérus par les parois vaginales.

8° Pour le traitement préparatoire de cette affection on fera prendre à la malade des injections vaginales chaudes (35° centigr.) renouvelées matin et soir; on emploiera des pessaires élastiques et on badigeonnera les parois vaginales avec un mélange de tannin et de glycérine. Ce traitement pourra être continué pendant deux ou trois mois, jusqu'à ce que toute action inflammatoire ait cessé.

9° Lorsqu'après l'opération sanglante pratiquée dans le but de remédier à la lacération du col, le prolapsus des parois vaginales persiste, on pourra continuer l'emploi des pessaires jusqu'à ce que la guérison soit complète.

Telles sont les conclusions du mémoire de M. Emmet : M. Bozeman n'a pas l'intention de les discuter, mais simplement d'exposer ses opinions sur certains points qu'il a abordés, opinions qui diffèrent quelque peu des siennes. La manière de voir du Dr Emmet représente, du reste, celle de la majorité des gynécologistes qui ont étudié cette question et il faut dire qu'elle résulte d'une étude consciencieuse et approfondie des faits cliniques.

M. Bozeman remarque que le mécanisme du déplacement utérin présente une certaine analogie avec le mécanisme du travail. A part quelques réserves on peut dire que les lois générales qui gouvernent l'un gouvernent également l'autre. La seule différence est la suivante : dans le travail on observe le transit physiologique d'un fœtus, de dimension proportionnée dans un bassin normal par suite d'une augmentation considérable des forces physiques ; dans le déplacement on observe le transit d'un utérus morbide et augmenté de volume, dans un bassin normal par suite d'une diminution plus ou moins considérable des forces physiques.

On peut donc dire d'après cet exposé que l'obstétricien doit étudier ces phénomènes au point de vue physiologique, tandis que le gynécologiste doit les étudier au point de vue pathologique.

Si nous supposons que les forces naturelles sont régulièrement dis-

tribuées et s'équilibrent sur l'utérus sain et à l'état de vacuité, il importe de connaître exactement quelles sont ces forces et de savoir quelle différence existe entre celles-ci et celles qui peuvent résulter d'un état morbide.

Les forces naturelles peuvent être divisées en deux classes :

1° Les forces expulsives.

2° Les forces de résistance.

Les forces expulsives sont celles qui résultent de l'abaissement du diaphragme, comme dans l'inpiration, ou de la contraction des muscles abdominaux, comme dans la défécation. Les forces développées par la contraction de ces muscles agissent sur l'utérus d'une façon constante et régulière et dans une direction correspondant à l'axe de la cavité pelvienne.

Les forces résistantes sont les suivantes :

1° Celles qui sont fournies par la paroi vésico-vaginale et recto-vaginale.

2° Par les ligaments sacro-utérins.

3° Par les ligaments larges et les ligaments ronds.

4° Par le péritoine pelvien et le tissu aréolaire sous-péritonéal.

5° Par le périnée.

Ces forces qui sont constantes et régulières suffisent à l'état de santé pour contre-balancer les forces expulsives. C'est seulement lorsque la maladie vient à les altérer qu'elles perdent leur équilibre et que l'utérus n'étant plus régulièrement soutenu commence à tomber à l'état de prolapsus. (*Congrès de gynécologie*, 1879.)

Cours complémentaire gratuit pour les sages-femmes. — M. le Dr E. Verrier commencera ce cours le mercredi 3 mars 1880, à sa clinique, 54, rue Richer, à 9 heures du matin. Il le continuera tous les mercredis suivants à la même heure. — Le professeur traitera pendant ce semestre des accouchements difficiles et des opérations qu'ils nécessitent, ainsi que des accidents puerpéraux qui peuvent les suivre. — A 10 heures visite des malades et conférences cliniques sur les maladies utérines non puerpérales. — On s'inscrit d'avance et par lettre, 54, rue Richer, à cause du nombre restreint des places.

Le gérant : A. Leblond.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MALADIES CHIRURGICALES DE LA FEMME (1).

Par M. le professeur TRÉLAT.

Leçon recueillie par **M. Coudray**, interne des hôpitaux.

DEUXIÈME LEÇON.

J'aborde l'historique du sujet qui m'occupe.

L'étude des maladies des femmes est, on peut le dire, toute moderne, bien qu'on retrouve dans l'antiquité des aperçus sur cette partie de la science médicale.

Un certain nombre de causes se sont opposées au développement des études gynécologiques: tout d'abord la difficulté du sujet. Je peux citer ensuite cette immense obscurité de la médecine qui dure du ve au xe siècle, et surtout le préjugé religieux avec les pratiques de la sorcellerie et de la démonie qui règnent

(1) Voir numéro de février, p. 81.

dans tout le moyen âge. Telle a été la force et la ténacité de ce préjugé proscrivant tout ce qui a trait aux maladies des femmes, qu'il y a peu de temps, en Angleterre, un homme de science, ne pouvait entrer dans le Collège des médecins qu'après avoir juré ne s'être occupé depuis cinq ans ni d'accouchements ni de maladies des femmes. Cependant la lecture des ouvrages anciens montre que cette étude n'était pas absolument inconnue aux premiers âges de la médecine.

On a relevé dans Hippocrate quelques passages ayant trait aux maladies des femmes; cet auteur a fait de judicieuses remarques sur la menstruation et les désordres qui modifient cet acte physiologique; il a même écrit qu'on peut dilater l'orifice à l'aide de redresseurs, dans le but de rendre aux femmes la fécondité, mais des doutes s'élèvent lorsqu'il s'agit d'apprécier si le père de la médecine n'a pas voulu désigner sous le nom d'orifice de l'utérus seulement l'orifice de la vulve. Quoi qu'il en soit, on trouve dans la médecine naissante les rudiments de la science gynécologique.

D'un seul bond, et passant par-dessus les successeurs d'Hippocrate, qui n'ajoutent rien à ce qu'il a laissé, nous franchissons neuf siècles, et nous arrivons à peu près à la date de 500 ans après J.-C.

Vers cette époque, Aétius fait dans ses œuvres la description d'éponges préparées, de stylets, de sondes, qu'on introduisait dans l'utérus; il parle aussi de tentes, de............ sachets; enfin il prononce le mot de spéculum; mais il faut bien savoir qu'il n'est pas l'inventeur du spéculum, puisque le musée des Bourbons, à Naples, possède un spéculum bivalve trouvé dans les ruines de Pompéi; et cette ville, d'après les documents historiques, aurait été détruite par la première éruption du Vésuve, en l'an 79 après J.-C.

Paul d'Egine prononce aussi le nom de spéculum ani et vaginæ; bientôt surviennent les médecins arabes qui donnent de légères indications sur les maladies des femmes, puis éclipse totale jusqu'au XIIe, et ensuite jusqu'au XVe siècle, à tel point que le grand, que l'illustre A. Paré, dans son traité de la génération, dirigé dans le même ordre d'idées que le livre de Capu-

ron il y a cinquante années, sur les maladies des femmes et des enfants, A. Paré, dis-je, reste à peu près muet sur les maladies propres à la femme. Il signale bien deux petits spéculums d'ailleurs très incommodes; l'un d'entre eux, dont j'ai le modèle sous les yeux, consiste en trois tiges juxtaposées et munies d'une vis, qui permet de les écarter excentriquement Ce spéculum était mal conditionné, beaucoup trop court relativement aux dimensions du vagin, qu'on ignorait à cette époque.

Après A. Paré, vient un de ses élèves célèbres, Guillemot, chirurgien-accoucheur; mais il ne fait pas plus que son maître avancer la science gynécologique.

Scultet, un peu plus tard, dans son livre intitulé Armentarium chirurgicum, figure 4 spéculums; il reproduit celui d'A. Paré, seulement pointu, ayant quelque analogie, avec le spéculum actuel de Ricord, mais toujours trop court et trop petit; néamoins c'était déjà une grande amélioration.

Il faut cheminer et arriver à la fin du siècle dernier. A cette époque, et d'une manière plus précise en 1774, Astruc, médecin très répandu, qui avait pratiqué avec un succès sans égal à Toulouse, à Montpellier, enlevé un moment à son pays par la Pologne, Astruc rendu enfin à la Faculté de Paris publia un Traité des maladies des femmes en 6 volumes.

Écrivain facile, élégant, il fit un livre riche en bibliographies, et en discussions doctrinales, mais d'un autre côté ce livre avait un grand défaut; il n'émanait pas d'un praticien, de telle sorte qu'après la vogue du moment, vogue due plutôt à l'immense réputation de l'homme qu'au mérite réel du livre, il n'est presque rien resté de cet ouvrage qu'on ne consulte plus.

Tout au contraire, le travail de Levret sur les polypes utérins eut un succès que les annéss n'ont point détruit; Levret avait vu et bien observé les faits qu'il décrivait.

Je passe quélques publications du commencement du siècle pour arriver à Récamier, qui, par ses travaux et sa pratique dans la première moitié du siècle, fit faire un grand pas à la gynécologie. C'était un médecin intelligent, un caractère original, un esprit inventif. En 1814, il commence à

l'Hôtel-Dieu ses premières expériences sur les maladies des femmes. En 1818, il fait construire un nouveau spéculum ; c'est le spéculum plein; malheureusement le tube métallique qui le formait était conique, ce qui rendait trop étroit le champ d'observation, mais élargi bientôt par Dupuytren et un peu diminué dans sa longueur, il va devenir un instrument précieux.

Ce spéculum que Récamier retrouvait ne constitue pas son œuvre tout entière. Le spéculum était connu, mais peu conforme aux exigences et aux besoins de la pratique ; ses dimensions et la forme ne lui permettaient de rendre aucun service ; d'ailleurs il était complètement négligé. L'immense mérite de Récamier fut de le construire de manière qu'il pût être appliqué au diagnostic et au traitement des maladies utérines ; c'est cette découverte qui lui permit plus tard une utile intervention dans l'endométrite végétante et les polypes utérins : je ne fais que rappeler ici la curette de Récamier, qui a été supplantée par des instruments divers, remplissant le même usage, avec de moindres chances d'accidents, engins divers de MM. Simon, Courty et d'autres.

Enfin par ses travaux et son immense pratique, Récamier fit prendre à la gynécologie un essor considérable.

A peu près à la même époque, Lisfranc, chirurgien de la Pitié, se montra gynécologue, opérateur ardent. Aucune semaine ne se passait qu'il n'y eût quelque opération à pratiquer dans son service. Encore sous l'impression des doctrines de Broussais, il reconnaissait pour principe que les maladies utérines étaient de nature inflammatoire et par conséquent justiciables des émissions sanguines ; de là l'exécution rigoureuse de la formule antiphogistique.

Les malades restent au lit un ou deux ans, s'il le faut. Toutes sont soumises aux sangsues et aux saignées ; la diète est strictement observée.

Cette période s'étend de 1820 et 1830 et même plus tard jusqu'en 1845 et 1846, car je me rappelle avoir entendu, tout à fait au début de mes études, l'enseignement tout particulier et très bruyant de Lisfranc. Son nom doit être joint à celui de Récamier ; ces deux hommes représentent l'expression la plus saillante

de la gynécologie à cette époque, qui se distingua par des progrès réels apportés au diagnostic des maladies utérines.

J. Henri Bennett, ancien interne de Lisfranc, le même qui depuis s'est retiré à Menton pour s'y consacrer à l'étude des maladies de poitrine, H. Bennett, dis-je, imbu des doctrines de son maître, retourna en Angleterre, sa patrie, et y publia un traité qui eut dans ce pays un immense retentissement : ce fut l'explosion du mouvement gynécologique en Angleterre ; je dois ajouter que ce livre a été depuis traduit par M. Peter.

Enfin, dans cette période fertile en faits importants, il convient de signaler le remarquable atlas de Boivin et Dugès, travail qui marquait l'importation dans la gynécologie de l'anatomie pathologique que Cruveilhier venait, pour ainsi dire, de fonder à nouveau.

Nous voilà en 1840. La semence abondamment jetée en France va porter ses fruits au dehors ; les étrangers en profitent et vont dès lors marcher plus vite que nous.

En 1844, Kiwisch, chirurgien de l'hôpital de Pragues, publia un compte rendu de tous les travaux faits jusqu'à cette époque sur les maladies des femmes ; lui-même élabora deux mémoires assez considérables sur la matrice, remarquables par l'érudition et le sens clinique dont l'auteur fit preuve en la circonstance. Ces travaux ont eu une grande influence en Angleterre et en Amérique; une nouvelle impulsion fut donnée à l'étude des maladies des femmes.

A ce moment s'élevait à Edimbourg un homme qui devint considérable dans la gynécologie. J'ai nommé Simpson, accoucheur des plus éminents, homme instruit, d'un jugement très droit, gentlemen par excellence. En 1855, il fit paraître un traité sur les maladies des femmes dans lequel il mit en lumière trois idées principales :

1° Les avantages du spéculum.

2° L'utilité de la sonde utérine dans le diagnostic des maladies utérines.

3° La nécessité de l'ovariotomie.

Simpson fut bientôt visité par tous les chirurgiens étrangers et regardé comme une sorte de lumière en gynécologie. Le

premiér en Angleterre il avait défié le préjugé, et montré d'une manière éclatante qu'un médecin très estimé et très estimable pouvait s'occuper des maladies des femmes.

En Amérique, je dois signaler Meigs et Hodge, qui ont donné leur nom à des pessaires particuliers.

C'est à cette époque où règnaient en France les idées d'Huguier, de Velpeau, de Valleix, que s'affermit la doctrine qui considérait les déplacements utérins comme cause des affections inflammatoires de la matrice; de là la vogue exagérée des redresseurs intra-utérins. Kiwisch mort, Scanzoni prend sa place en Allemagne, et y trouve bientôt pour émules Braun, de Vienne; Simon, de Rostock ou d'Heidelberg, récemment mort; Mayer, Esmark, dont les travaux ont apporté d'importantes contributions aux études gynécologiques.

A une époque un peu plus rapprochée de nous, c'est en Angleterre que le mouvement gynécologique est le plus actif; qu'il me suffise de citer les noms de Fleetwood Churchill, dont le livre est un compendium très complet et riche en indications bibliographiques; les leçons de Charles West, dont la 3e édition a été traduite par M. Mauriac, important ouvrage dont l'esprit est surtout médical; le nom de Baker-Brown, opérateur un peu intempérant, mais assurément ingénieux; enfin celui de Spencer Wells, l'un des promoteurs de l'ovariotomie, qui pourrait dire, comme don Juan parlant de ses conquêtes, *mille e tre* en citant ses innombrables ovariotomies.

(*A suivre.*)

ÉTUDE CLINIQUE DE LA CYSTITE CHEZ LA FEMME

CONSIDÉRÉE SPÉCIALEMENT DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Par M. Eugène Monod, interne des hôpitaux.

Introduction.

Lorsque j'entrai au commencement de cette année comme interne dans le service de M. le professeur Guyon, mon attention fut attirée par une malade qui présentait pour la seconde fois tous les symptômes d'une cystite rebelle, consécutive, dans les deux cas, à un accouchement parfaitement normal.

Notre maître nous apprit qu'il avait observé un certain nombre de cas analogues dans sa pratique, ajoutant qu'il y avait là un fait clinique imparfaitement connu et digne de provoquer quelques recherches. Telle fut la première idée de ce travail.

J'eus d'abord recours aux traités classiques de pathologie; mais, en dehors des traumatismes exercés sur la vessie pendant un accouchement laborieux, aucun d'eux ne consacre une mention spéciale au sujet qui m'occupe. Je me suis alors adressé aux ouvrages français qui traitent des accouchements et des maladies des femmes, et je n'ai pas été surpris d'y rencontrer la même pénurie de renseignemente. Je m'explique. — Tous les accoucheurs signalent bien les envies fréquentes d'uriner qui surviennent généralement à la fin de la grossesse et occasionnées par la compression qu'exerce sur la vessie l'utérus gravide; — ils signalent encore la rétention d'urine qui suit fréquemment l'accouchement, et même celle qui se montre dans le cours de la gestation lorsque l'utérus se trouve en rétroversion; — enfin ils mentionnent les inflammations étendues ou les sphacèles pouvant aboutir à la perforation du

réservoir urinaire dans les cas de dystocie. — Mais on chercherait vainement dans ces ouvrages la description nette d'une cystite, vulgaire par ses symptômes graves, par sa désolante ténacité, survenant, en dehors de toute cause traumatique ou de toute compression locale, à la suite d'un accouchement ordinaire.

Ce n'est pas qu'on ne trouve épars dans la littérature médicale quelques documents qui se rapportent plus ou moins à notre sujet. Mais on confond trop souvent la *cystite* avec la *rétention d'urine, la cystalgie, l'irritabilité vésicale, le spasme du col de la vessie*, et l'on sent par la lecture des observations l'embarras où sont les auteurs pour ranger, sous une dénomination précise, les troubles urinaires variés qui peuvent accompagner certaines modifications physiologiques ou pathologiques de l'utérus.

La même incertitude s'est retrouvée lorsque j'ai interrogé plusieurs de mes collègues des hôpitaux, placés dans des services d'accouchements ou de gynécologie.

Tandis que quelques-uns d'entre eux m'ont dit avoir observé fréquemment des troubles vésicaux chez les accouchées, d'autres, au contraire, ne se rappelaient pas avoir observé de cystite puerpérale proprement dite en dehors des causes que j'ai mentionnées.

Ces quelques remarques suffisent à montrer qu'il existe une certaine confusion dans l'esprit des observateurs sur les différentes variétés de symptômes urinaires que présentent les femmes enceintes ou les accouchées.

Depuis que mon attention a été attirée sur ce sujet, j'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de cystites chez la femme. J'en ai également rassemblé quelques observations dans les recueils périodiques, surtout à l'étranger. — A l'aide de ces faits, j'ai cherché à esquisser un tableau clinique des inflammations de la vessie chez la femme dans ses rapports avec la grossesse. Est-il besoin de faire remarquer que cette question trop négligée offre un intérêt égal pour l'accoucheur et pour le chirurgien?

Division du sujet.

Les différentes manifestations signalées jusqu'ici du côté de la vessie et liées à la grossesse ou à l'accouchement se rattachent à des causes *d'ordre mécanique*. Je me propose de démontrer qu'il existe toute une catégorie d'inflammations vésicales *où les compressions locales ne peuvent être mises en cause*, et dans la pathogénie desquelles je chercherai à faire intervenir les connexions si étroites qui existent entre le système vasculaire de la vessie et de l'utérus.

Dans la classe des causes mécaniques, les cas les plus ordinaires et les mieux connus se rapportent aux accouchements difficiles. Lorsque la tête fœtale, sous l'influence d'une des causes de dystocie, un rétrécissement du bassin par exemple, exerce, par l'intermédiaire du segment inférieur de l'utérus, une pression forte et prolongée sur le bas-fond de la vessie, on conçoit aisément que cette dernière puisse être froissée, contuse, et s'enflamme consécutivement. La lésion peut aller même jusqu'au sphacèle de l'organe, d'où la production d'une fistule vésico-vaginale. Les manœuvres obstétricales, comme l'application du forceps, peuvent également entraîner à leur suite des lésions inflammatoires du côté du réservoir urinaire. — Les faits de cet ordre ne nous arrêteront pas. Nous n'aurions rien de nouveau à ajouter aux descriptions qu'en donnent les auteurs classiques. — On trouvera dans la thèse d'agrégation de M. Budin (1) l'énumération complète des complications diverses que peut amener la dystocie du côté des organes urinaires.

Dans le cours de la grossesse, les auteurs signalent une autre cause importante de dysurie, également d'ordre mécanique, nous voulons parler de la compression exercée sur la vessie par l'utérus gravide, compression qui produit une rétention

(1) *Des lésions traumatiques chez la femme dans les accouchements artificiels.* Th. d'agrég., 1878.

d'urine et ses suites. Cette partie de notre sujet, qui a donné lieu à de nombreuses publications, ne nous arrêtera pas longtemps. La rétention d'urine dans la grossesse devra cependant rentrer au moins en partie dans cette étude, d'une part parce qu'elle est souvent cause de cystite ; — d'autre part, parce qu'il importe, en marquant la place qui lui revient dans la série des troubles urinaires liés à la grossesse, de séparer nettement cette catégorie de faits de ceux où l'inflammation vésicale n'est pas consécutive à la rétention.

Ce travail se divise en quatre parties :

Dans un premier chapitre, je résumerai l'état de nos connaissances sur la *rétention d'urine pendant la grossesse.*

Dans un deuxième chapitre, je montrerai, en citant des observations, qu'il peut exister une *cystite franche dès le début de la gestation.*

Je ferai voir, dans un troisième chapitre, qu'une inflammation vésicale, à laquelle convient, en raison de son époque d'apparition, le nom de *cystite postpuerpérale*, peut survenir à la suite d'un accouchement parfaitement normal. La majorité de mes observations se rapporte à cette catégorie de faits.

Enfin, dans un quatrième chapitre, je signalerai quelques autres cas de cystite chez la femme que j'ai pu observer et qui, bien qu'ils ne soient pas liés à l'état puerpéral, peuvent être rapprochés des faits précédents en raison de l'influence utérine évidente qui domine la pathogénie des symptômes urinaires.

CHAPITRE PREMIER.

RÉTENTION D'URINE DANS LA GROSSESSE.

La rétention d'urine dans le cours de la gestation constitue un chapitre très important de la pathologie de la grossesse.

Cet accident, relativement assez fréquent, a attiré en tout temps l'attention des accoucheurs en raison de l'intérêt pratique

qui s'y rattache. Les observations sont nombreuses où cette complication, dont on n'a pas reconnu la nature, a entraîné la mort des malades.

La rétention est liée dans la très-grande majorité des cas, pour ne pas dire toujours, à la *rétroversion de l'utérus gravide.*

Dès le siècle dernier, les auteurs signalent cette pathogénie de la rétention d'urine chez les femmes grosses. Levret (1), Smellie (2), Baudelocque (3), citent des cas de rétention d'urine dans les premiers mois de la grossesse, qui doivent être rapportés à des rétroversions restées méconnues. Depuis le commencement de ce siècle une série de thèses et de mémoires ont été publiés sur ce sujet, parmi lesquelles nous citerons les thèses d'agrégation de Lacroix (4) et de Simon (5), le mémoire d'Elleaume (6), une thèse de Curie (7) de 1869, et surtout un travail important de Charles de Liège (8), qui renferme un historique très complet de la question, et l'observation détaillée ou l'analyse de 114 cas de rétroversion.

Ajoutons que tous les traités modernes d'accouchements consacrent un chapitre important à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide et à ses conséquences. Barnes, en Angleterre, Depaul, en France, insistent dans leurs leçons cliniques sur cette complication.

Nous ne reproduirons pas les controverses qui se sont élevées sur la pathogénie de l'affection. La rétroversion est-elle primitive et détermine-t-elle la rétention? Celle-ci au contraire est-elle l'accident primitif qui devient la cause déterminante du renversement de la matrice en arrière ?

(1) Levret. *Art des accouchements*, 1753.
(2) Smellie. *Traité d'accouchements*, 1777.
(3) Baudelocque. *De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse*, 1784.
(4) Lacroix. Th. d'agrég., 1844.
(5) Salmon. Th. d'agrég., 1863.
(6) Elleaume. Mémoire pour le prix Capuron, 1859.
(7) Curie. Th. de Paris, 1869.
(8) Charles (de Liège). *Des déplacements de la matrice en arrière*, in *Journ. de médecine de Bruxelles*, 1875 et 1876.

Nous renvoyons aux ouvrages que nous avons cités le lecteur désireux de connaître les arguments qu'on a fait valoir en faveur de l'une ou l'autre opinion. Nous ferons seulement remarquer que l'époque d'apparition presque invariable des accidents, du troisième au quatrième mois, autorise à regarder la direction anormale de l'utérus comme leur cause déterminante la plus probable.

Lorsqu'on se reporte en effet au développement normal de l'utérus gravide, on voit que le grand axe utérin a, vers le troisième mois de la grossesse, une longueur d'environ 11 centimètres ; c'est-à-dire à peu près égale aux diamètres de l'excavation. On comprend donc que les organes du petit bassin ne puissent pas subir une compression importante avant cette époque, aussi sur les 114 cas relevés dans le mémoire de Charles (de Liège), *trois fois seulement* les accidents se déclarèrent *avant le deuxième mois*.

Il est important de tenir compte de cette question de date dans une étude d'ensemble des troubles urinaires liés à la grossesse.

Nous pensons en effet que cette distinction est absolument nécessaire si l'on veut introduire un peu d'ordre dans un semblable sujet, et nous verrons que les faits dont j'aurai à parler tout à l'heure doivent, en raison même de leur apparition précoce, être distraits de la classe des rétentions mécaniques.

Si nous faisions l'histoire de cette dernière maladie, nous aurions à distinguer plusieurs formes dans la marche de la rétroversion correspondant à des tableaux cliniques tout différents, la *forme rapide* dans laquelle la femme enceinte est prise brusquement, à la suite d'une chute ou d'un effort, de douleurs vives dans la région hypogastrique avec sensation spéciale d'un dérangement dans le bas-ventre, bientôt suivies d'une rétention complète d'urine ; la *forme lente* ou la rétention, au lieu de se montrer d'emblée est précédée par une période prodromique plus ou moins longue. La femme, dans ce dernier cas, accusait déjà depuis quelque temps des envies fréquentes d'uriner ; bientôt il s'y joint de la douleur pendant la miction, une dysurie croissante qui va quelquefois jusqu'à l'impossibilité passagère d'éva-

cuer les urines, en un mot tout le cortège de symptômes bien connus chez l'homme qui accompagnent la rétention incomplète des prostatiques. Qu'on le remarque en passant : entre les symptômes de l'hypertrophie de la prostate et ceux de la rétroversion utérine à forme lente, il existe des analogies frappantes : mêmes fréquences de la miction, diurnes aussi bien que nocturnes, même inaptitude pour la vessie à se débarrasser de son contenu, l'émission se faisant d'autant moins facilement que les efforts sont plus énergiques ; mêmes conséquences de la stagnation de l'urine, c'est-à-dire : distension du réservoir urinaire pouvant gagner de proche en proche les uretères et les reins, atonie des parois musculaires qui peut aller jusqu'à leur complète paralysie, enfin inflammation de la muqueuse au contact d'une urine altérée. Cette similitude dans les résultats trouve une explication toute naturelle dans la ressemblance des causes; il existe, dans les deux cas, un obstacle mécanique au niveau du col, une véritable barrière qui s'oppose à la libre sortie de l'urine.

Nous n'aurions que l'embarras du choix si nous voulions emprunter aux nombreuses observations qui ont été publiées des exemples à l'appui de ces deux formes de rétention d'urine pendant la grossesse. Nous préférons renvoyer le lecteur aux ouvrages que nous avons cités.

Qu'elle survienne d'emblée, ou qu'elle soit précédée par une période de dysurie, la rétention, lorsqu'elle est confirmée, est d'ordinaire facile à reconnaître, parce qu'elle inspire de l'inquiétude à la malade qui se hâte d'attirer l'attention du médecin sur ce symptôme. Cependant nous avons dit qu'il existait dans la science des faits malheureusement trop nombreux, où la rétention méconnue a entrainé les plus désastreuses conséquences. Dans ces cas, la rétention n'étant pas absolue, une petite quantité d'urine s'échappait à l'extérieur, et la patiente, comme son entourage, demeurait dans une sécurité trompeuse. Le mémoire de Charles renferme plusieurs exemples de terminaison fatale, qui aurait vraisemblablement pu être prévenue, si le ca-

thétérisme avait été pratiqué en temps opportun. Barnes (1) cite le cas d'une femme qui est morte de rétention causée par la rétroflexion de l'utérus gravide et qui était traitée depuis deux mois pour une « irritation de la vessie » dont on ne soupçonnait pas la cause. La mort arrive, dans ces circonstances, par suite des lésions que la rétention prolongée entraîne du côté de l'appareil rénal.

Dans quelques cas, la distension de la vessie aurait été portée au point de déterminer la rupture de cet organe. Moreau (2) en rapporte une observation. On trouve un cas analogue qui appartient à Linn dans la chirurgie de Sabatier (3). Mais ces faits, que nous ne signalons qu'en raison même de leur rareté, doivent, de l'aveu de tous les auteurs, être regardés comme absolument exceptionnels.

Je ne m'arrêterai pas à décrire les symptômes bien connus de la rétention d'urine, mon intention étant comme je l'ai déjà dit, non pas d'en présenter une étude complète, mais de bien marquer la place qui lui revient dans la série des troubles urinaires liés à la grossesse. On vient de voir que son diagnostic n'est pas toujours facile et qu'elle peut passer un certain temps inaperçue. Il en ressort une conséquence pratique très simple, mais dont l'importance n'échappera à personne, c'est qu'il ne faut jamais négliger, auprès d'une femme enceinte, de porter son attention du côté de la fonction urinaire. On peut établir en règle générale, comme le fait judicieusement observer Barnes (4), que toutes les causes qui aboutissent à la longue à la rétention, provoquent, au début, une irritation de la vessie qui s'accuse par le besoin fréquent de la vider. Il importe donc de voir dans ce symptôme comme un avertissement qui tienne

(1) Barnes. *Leçons sur les affections de la vessie dans leurs rapports avec les maladies utérines. Lancet*, 1875.

(2) Moreau. *Traité de l'art des accouchements*, p. 231.

(3) Sabatier, 1796, t. I, 374.

(4) *Loc. cit.*

l'attention du médecin en éveil et l'engage à pratiquer un examen local et complet. En présence d'éventualités aussi graves, il vaut mieux encourir le reproche d'une prudence exagérée que d'un manque de perspicacité.

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître (et nous rentrons ici dans le sujet qui fait l'objet spécial de ce mémoire) que la conséquence presque fatale du séjour un peu prolongé de l'urine dans la vessie est l'inflammation de la membrane muqueuse de cet organe. Je laisse la parole à Barnes, dont on ne saurait contester la compétence en pareille matière. « Le premier effet, dit cet auteur, de la rétention sur la vessie est une irritation qui conduit à la congestion, puis à l'inflammation de la membrane muqueuse principalement, *C'est là la cause la plus commune de cystite*. Une congestion intense aboutit au mélange du sang avec l'urine. Si l'on examine, à cette période, la surface interne de la vessie, elle apparaît d'un rouge noir, ou même complètement noire, et l'on voit une couche de mucus visqueux mélangé de sang adhérer à la muqueuse. » L'inflammation vésicale une fois produite se révèle par les symptômes connus que nous ne décrirons point ici, parce que nous allons les retrouver, toujours les mêmes, dans chacune de nos observations.

Nous voudrions seulement, avant d'abandonner cette partie de notre sujet, faire une mention spéciale d'un accident, qui est une conséquence possible de la cystite suite de rétention, et sur lequel il nous a semblé qne l'attention n'avait pas été attirée en France, nous voulons parler de *l'exfoliation de la muqueuse vésicale*. Cette complication, bien qu'elle se rencontre d'une manière exceptionnelle, n'est cependant pas extrêmement rare, si j'en juge par le nombre de cas que j'ai pu réunir dans les recueils étrangers. La lecture des observations suivantes que j'ai résumées fera comprendre, mieux que toute description, en quoi consiste ce curieux phénomène.

OBSERVATION I (1). — Une femme est admise à l'infirmerie de Funbridge Wells atteinte de rétention d'urine. On retire par le cathétérisme une notable quantité d'urine fétide. Bientôt après un fœtus de trois mois et demi est expulsé, suivi par le placenta. Les mictions deviennent continuelles, le passage de l'urine est douloureux et le liquide est chargé de mucus. Douze jours après l'avortement, la malade accuse des douleurs très fortes au-dessus du pubis. Le lendemain on appelle un chirurgien à cause de la persistance de ces vives souffrances.

Le toucher vaginal fit constater la présence d'une masse molle à l'entrée du vagin. En pratiquant l'examen local, le chirurgien s'aperçut, non sans étonnement, que cette masse faisait saillie hors du méat urinaire. Au bout d'une demi-heure elle fut complètement expulsée. A ce moment un jet d'urine s'échappa avec force et abondance. Un soulagement immédiat suivit cette expulsion et la malade guérit complètement.

La masse expulsée ressemblait exactement à la membrane muqueuse de la vessie qui aurait été rendue tout d'une pièce. La surface interne de cette poche était recouverte d'une couche de dépôt grisâtre.

OBS. II (2). — Une femme de 22 ans, primipare, accouche normalement. Survient une rétention d'urine qui dure soixante-deux heures, on retire alors cinq pintes d'urine trouble et sanguinolente. Une cystite intense se déclare, puis un cortège de symptômes cérébraux auxquels la malade succombe deux mois après la délivrance.

A l'autopsie, on trouve que la vessie renferme une membrane en forme de poche, détachée et libre dans la cavité de l'organe, recouverte d'un dépôt grisâtre. Les parois de la vessie sont épaisses et revenues sur elles-mêmes. On voit distinctement à leur surface interne les fibres musculaires à nu.

OBS. III. — Dans un autre cas rapporté également par Spencer Wells, la muqueuse vésicale fut expulsée six semaines après un ac-

(1) Dr Wardell. *British med. journ.*, 1871 (voir les numéros du 10 et du 24 juin, du 1er juillet, d'octobre et de novembre).

(2) Spencer Wells. *Obst. transact.*, vol. III and IV.

couchement difficile. La membrane avait la forme d'un sac dont la surface externe était blanchâtre, d'aspect très distinctement musculaire, la couche la plus superficielle de la tunique musculeuse ayant été détachée avec la muqueuse. La surface interne au contraire, d'une coloration noirâtre, était partout recouverte d'un épais dépôt qu'il fallait enlever pour apercevoir la muqueuse.

Obs. IV. — On trouve, rapporté dans la *Gazette médicale de Paris* de 1849, le cas suivant qui appartient à Wittich (d'Esenach).

Une femme de 28 ans, enceinte pour la troisième fois, est atteinte de rétroversion au quatrième mois de sa grossesse. Une rétention d'urine se déclare, suivie de symptômes de cystite. L'utérus fut réduit, et peu de temps après cette opération, la malade expulsa par l'urèthre une membrane ayant la forme d'un sac et présentant exactement les dimensions, la forme, les caractères histologiques de la muqueuse vésicale. La malade guérit.

Obs. V. — Philips (1) rapporte qu'une jeune femme, eut à la suite d'un accouchement laborieux, des troubles urinaires, Un mois après l'accouchement, on trouve, en pratiquant l'examen local, le méat si dilaté qu'il admet la pulpe du petit doigt. Le jour suivant, la tunique interne de la vessie est expulsée presque en entier. Guérison.

Dans l'ouvrage de Pitha et Billroth (2) au chapitre des affections de la vessie chez la femme, on trouve cités quelques cas du même genre. Une malade de Whitehead expulsa la membrane muqueuse de la vessie quelques heures avant l'accouchement.

Chez une autre, l'exfoliation de la muqueuse s'accompagna de phénomènes graves, ce qui n'empêcha pas la grossesse de suivre son cours normal (cas de Hausmann).

Dans une observation de Moldenfrauer (3) (détachement com-

(1) *British med. journ.*, 1871.
(2) Pitha et Billroth, t. IV, fasc. 9, p. 180. Stuttgart, 1877.
(3) *Arch. f. Gyn.*, t. VI, p. 108.

plet de la muqueuse vésicale dans une rétroflexion de l'utérus gravide), la mort suivit les accidents vésicaux.

Enfin nous citerons, pour terminer cette énumération, un intéressant fait de Schatz, cité encore dans l'ouvrage de Billroth. Il s'agit d'une femme qui fut atteinte, dans le cours de sa grossesse, d'une rétention d'urine consécutive elle-même à une rétroversion de l'utérus. — La malade avorta d'un fœtus long de 17 centimètres et pesant 154 grammes et mourut des suites de cet avortement. A l'autopsie, on trouva la muqueuse détachée et libre dans la cavité vésicale. La membrane était épaisse de 3 à 4 millimètres. Suit une description histologique complète de cette poche, qui est exactement celle de la muqueuse vésicale.

J'aurai terminé ce que j'ai à dire des troubles urinaires pendant la grossesse, reconnaissant une cause d'ordre mécanique, quand j'aurai mentionné certains faits signalés dans ces derniers temps par Playfair (1), et dans lesquels la dysurie ne semble pas reconnaître d'autre origine qu'une *position vicieuse du fœtus dans l'utérus.*

Dans les derniers mois de la grossesse, dit cet auteur, on peut observer une irritabilité excessive de la vessie occasionnant une très grande fréquence des besoins d'uriner et des souffrances atroces. Dans certains cas, l'appareil symptomatique peut être vraiment inquiétant. M. Playfair, ayant observé plusieurs fois que la dysurie survenait chez ses malades quand le fœtus prenait une position *oblique* dans l'utérus, et cessait au contraire quand il avait son grand axe parallèle au grand axe de la matrice, en conclut que la cause des troubles de la miction tient à une position momentanément vicieuse du fœtus.

Le traitement consiste tout naturellement à modifier cette position au moyen de manœuvres externes convenablement appliquées.

Des faits plus nombreux seraient nécessaires pour établir

(1) W.-F. Playfair. *Vessie irritable dans les derniers mois de la grossesse. Trans. of the obst. soc. of London*, t. XIII, 1871, p. 42. Analyse in *Revue des sciences médicales*, t. I, p. 203.

d'une manière définitive la théorie de M. Playfair. Nous nous bornons à renvoyer le lecteur aux intéressantes observations qu'il a publiées. (*A suivre.*)

REMARQUES SUR L'OVARIOTOMIE.

AVEC OBSERVATIONS ET CERTAINES MODIFICATIONS DANS LE TRAITEMENT.

Par le Dr Nathan Bozeman, de New-York,
Chirurgien au « Women's Hospital » de l'état de New-York.

Traduction par le Dr Jean F. CHAUVEAU, *de New-York.*

SUITE ET FIN (1).

OBSERVATION I. — Les deux ovaires malades; le droit siège d'un kyste dermoïde; le fluide n'a jamais été évacué; importance de la matité du son confirmée par la percussion sur la région lombaire d'un côté, comme signe diagnostique du siège de la tumeur; ovariotomie double, méthode Lister employée; incision moyenne; les parois abdominales résistantes, adhérences péritonéales; hémorrhagie peu considérable; ligature des deux pédicules; pas de tube de drainage employé; diète nourrissante; violente péritonite; affusions d'eau froide prescrites, la malade étant placée sur le lit de sangle de Kibbe pendant quarante-huit heures après l'opération; affusions froides remplacées par la quinine vingt-quatre heures plus tard; collapsus produit sans réduction de la température; affusions suspendues, quinine continuée, ses effets manifestés au bout de quatre-vingt seize heures; guérison.

OBS. II. — Les deux ovaires malades: la tumeur principale est un fibrome mixte; ascite: l'épanchement séreux n'a jamais été évacué; absence du son mat en percutant sur la région lombaire d'un côté; ovariotomie double, emploi de la méthode Lister; incision des parois abdominales peu étendue; peu d'adhérences, mais celles-ci fortes;

---

(1) Voir *Ann. de Gyn.*, numéro de janvier 1880.

pertes de sang peu considérable; les deux pédicules liés; pas de tube de drainage employé, mais une petite tente laissée à l'angle inférieur de la plaie; emploi immédiatement après l'opération d'un régime nourrissant par la bouche et le rectum; péritonite légère; la quinine et l'opium administrés trente heures après l'opération; les effets de la quinine ne se font pas sentir; fièvre primitive légère, fièvre secondaire forte; écoulement de pus par la plaie le neuvième jour; cavité péritonéale journellement injectée; guérison lente.

Obs. III. — Kyste uniloculaire de l'ovaire droit; n'a jamais été vidé par la ponction; importance du son mat par la percussion sur la région lombaire comme signe du siège de la tumeur confirmée: ovariotomie avec les précautions recommandées par Lister; incision petite; adhérences peu nombreuses; perte de sang minime; pas de tube de drainage; pédicule lié; le choc sur les centres nerveux considérable et la réaction lente; stimulants employés à fortes doses; diète nourrissante par la bouche et le rectum, aussitôt après l'opération; péritonite légère; la quinine et l'opium par le rectum administrés seize heures après l'opération; les effets de la quinine sur l'économie pas marquée; fièvre peu intense; guérison rapide.

Obs. IV. — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche; métrorrhagie et « facies uterina; » tumeur vidée deux fois par la ponction; émaciation marquée; importance du son mat sur la région lombaire d'un côté, perçu par la percussion, comme signe diagnostique du siège de la tumeur; quinine employée à fortes doses avant l'opération; ovariotomie avec les précautions recommandées par Lister; incision dans la paroi abdominale peu étendue; adhérences péritonéales considérables et résistantes; hémorrhagie abondante; pédicule lié; pas de tube de drainage; emploi de bonne heure, d'un régime fortifiant par la bouche et le rectum; la quinine et l'opium administrés par le rectum trois heures après l'opération; péritonite violente; effets de la quinine perçus au bout de dix-huit heures; pouls et température contrôlés; les nausées et les vomissements continuent jusqu'au bout du quatrième jour; guérison prompte.

Obs. V. — Les deux ovaires malades; le gauche, siège d'un kyste multiloculaire avec un pédicule qui a formé nœud sur le ligament

rond de l'utérus du même côté et tordu sur lui-même sept fois, n'a jamais été évacué par la ponction ; émaciation peu considérable ; importance démontrée du son mat sur la région lombaire comme signe diagnostique de la présence de la tumeur, teinture de chlor. de fer et quinine administrés avant l'opération, ovariotomie double avec les précautions recommandées par Lister; incision petite; adhérence et hémorrhagie de peu d'importance; les deux pédicules liés; pas de tube de drainage employé: diète nourrissante employée de bonne heure par la bouche et le rectum; la quinine et l'opium employés deux heures après l'opération; péritonite violente ; effets de la quinine ressentis au bout de vingt-quatre heures; le pouls et la température controlés; guérison rapide.

Obs. VI. — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche; se manifeste chez un sujet souffrant de la fièvre paludéenne; n'a pas été vidé; la malade offre une procidence incomplète du col utérin et souffre d'une céphalalgie persistante; l'émaciation n'est pas considérable; importance du son mat sur la région lombaire comme signe diagnostique du siège de la tumeur; fer, salicine et quinine administrés avant l'opération; ovariotomie, méthode Lister; incision à la paroi abdominale peu étendue ; adhérences excessives ; hémorrhagie peu considérable; pas de tube de drainage employé ; pédicule lié; diète nourrissante prescrite de bonne heure et continuée par la bouche et le rectum; quinine et opium administrés par le rectum une heure et demie après l'opération; péritonite légère; Cinchonisme, effets de la quinine perçus au bout de quarante-huit heures; pouls et température pendant la semaine presque normaux; guérison prompte.

Obs. VII. — Femme de 29 ans, célibataire ; anémie et émaciation extrêmes; tumeur fibro-kystique utérine jointe à un kyste ovarien; opération pratiquée le 30 mai avec l'assistance du Dr Golthwraite ; adhérences de la tumeur avec l'intestin grêle et l'utérus ; pas d'hémorrhagie pendant l'opération; poids de la tumeur 13 livres; durée de l'opération une heure et quart; péritonite violente ; pouls 130 ; température 40° ; la malade guérit,

Obs. VIII. — Femme de 60 ans, mariée, sans enfants ; tumeur ovarienne du côté gauche; ascite; ponction du kyste afin d'en examiner

le liquide; celui-ci présente tous les caractères du fluide ovarien; l'ovariotomie est pratiquée le 8 juin avec l'assistance des Drs Emmet et Sée; le kyste adhère fortement à l'utérus; après l'avoir détaché, on touche les points d'adhérence avec le thermo-cautère de Paquelin; il n'y eut pas d'hémorrhagie; l'opération avait duré cinquante-huit minutes; la malade succombe dans le collapsus quatre jours après l'opération.

Diagnostic de la tumeur: « Cystoma papillare proliferum cum suppuratione et cum degeneratione carcinomatosa. »

Dans les deux derniers cas ci-dessus mentionnés on suivit à peu près la règle générale démontrée par la série des observations. Dans le premier cas, à cause des complications, l'opération fut plus longue que dans aucun des autres cas, la durée fut de une heure et demie; mais que le rapport du Dr Welch sur la nature de la tumeur soit correct, que son origine soit ovarienne, non utérine, comme on l'avait supposé, il n'y a pas grande importance s'attachant à cette circonstance. Dans le second cas également, l'opération et le résultat qui l'a suivi se montrent sous un jour tout à fait différent des autres cas de la série, puisque la maladie pour laquelle l'opération a été faite était de nature *carcinomateuse*, et si le diagnostic avait pu être établi avec certitude, *je n'aurais pas opéré*. Mais le diagnostic n'ayant pu être établi et l'opération ayant été pratiquée, la question maintenant est de savoir quelle disposition on doit faire du résultat. Au point de vue de la statistique, nous pourrons l'admettre, mais en ce qui regarde la valeur pratique du plan général du traitement préparatoire et du traitement secondaire pour l'ovariotomie, but de ce mémoire, le résultat ne peut être considéré comme ayant une valeur quelconque. En donnant le plus d'importance possible à ce cas, nous dirons cependant que le résultat de l'opération, quoique des plus malheureux, ne peut invalider le moins du monde la vérité des principes ci-dessus mentionnés. Leur valeur était aussi clairement démontrée jusqu'aux quelques heures qui ont précédé la mort de l'opérée qu'elle l'avait été dans aucun des autres cas de la série. L'insuccès n'est pas imputable à

la *quinine, à l'opium administrés conjointement avec une diète nutritive pour empêcher ou pour modérer une température élevée, puisque ce résultat avait été atteint plus ou moins par le traitement, mais à la présence d'une affection cancéreuse contre laquelle nous ne connaissons pas de remède curatif.*

Observations générales. — Maintenant il ressort d'un examen de la série des six cas dans lesquels l'ovariotomie a été faite, ce qui suit : l'âge des opérées variait de 22 à 55 ans, la moyenne étant de 39 1/3. Une était mariée sans avoir eu d'enfants ; deux étaient veuves et avaient eu chacune un ou deux enfants, trois n'étaient pas mariées. Dans quatre cas l'anémie générale et l'émaciation étaient très marquées et dans les deux autres cas, les mêmes conditions existaient, mais moins visibles à cause de la courte durée de la maladie. Dans cinq cas la percussion sur la région lombaire aidait au diagnostic de l'ovaire malade. Dans un cas, ce signe diagnostique nous fit défaut à cause de la longueur exagérée du pédicule et du genre peu commun de la fixation de la tumeur du côté opposé. Dans les deux premiers cas, aucune attention particulière ne fut apportée à la préparation de l'économie pour l'opération, excepté de donner pendant quelques jours des bains tièdes suivis de frictions de vaseline, et de vider les intestins la veille. Dans les quatre autres cas, il fut apporté plus de soins. Par exemple, une diète nourrissante et fortifiante fut employée dans l'un, le même régime, plus la quinine ; dans un autre, le même avec de la quinine et de la teinture de chlorure de fer ; dans le troisième, et le même régime avec de la salicine et de la quinine dans le quatrième. La durée de l'opération a duré de 27 à 62 minutes, la moyenne étant de 52 minutes. Dans toutes les opérations, la méthode de Lister a été employée. Une petite incision fut faite dans quatre cas et une moyenne incision dans une seule opération. Dans quatre cas, les adhérences péritonéales de l'épiploon et du mésentère étaient nombreuses, résistantes et difficiles à rompre, mais insignifiantes dans les deux autres cas. Dans trois cas les deux ovaires furent trouvés malades et on en fit l'ablation.

Dans un cas un ovaire avait passé autour de l'un des ligaments ronds de l'utérus et était suivi de plusieurs tours du pédicule. Par erreur, l'incision abdominale. dans l'une des opérations a été fermée par des sutures de soie non phéniquée, et quoiqu'il n'y eût d'autre accident qu'un peu de suppuration dans leur trajet, elles ne doivent pas être recommandées. Dans trois cas la péritonite était violente, dans l'un elle était modérée, et dans les deux autres légère. Dans l'un des deux premiers cas, il y avait des produits inflammatoires évidents dans la cavité péritonéale, mais nulle autre complication qu'une guérison lente n'en fut le résultat, (ce cas est celui où les affusions froides furent employées); et dans l'autre, il y eut suppuration, écoulement de pus à travers la plaie le neuvième jour, ce qui produisit une convalescence longue. Dans les quatre autres cas la guérison a été très prompte. Dans tous les six cas la moyenne du pouls, pendant la semaine du traitement actif, a été de 98; la température pendant la même période 100° F. Dans cinq cas une nourriture appropriée en abondance a été donnée par la bouche et par le rectum, et dans un cas par la bouche seulement. Dans quatre cas l'alimentation par le rectum a commencé dès le premier jour, et dans deux cas par la bouche. Pour les six premiers cas la quinine et l'opium ont été administrés ensemble par le rectum. La quantité de quinine donnée par jour a varié de 1 gramme 16 à 2 grammes 57 et celle de l'opium (liq. d'opium comp.) pendant la même période de 5 gr. 18 à 8 gr. 74.

Dans deux cas, les remèdes commencèrent à être administrés une heure après l'opération, dans un autre deux heures; dans un autre dix-huit heures, dans un autre trente heures, dans un autre (le premier cas) soixante-douze heures. Dans quatre cas les effets de la quinine sur l'économie sont bien marqués, et dans deux s'ils se manifestèrent, ils furent d'un caractère assez léger pour ne pas être perçus par la malade.

Sur les huit observations déjà mentionnées, sept furent suivies de guérison complète, donnant une mortalité de 12 1/2 p. 100 à 1/2 p. 100 moins que la moyenne des décès mentionnés

dans la pratique de tous les ovariotomistes, ainsi que je j'ai avancé en commençant cet article. De plus, en comptant le nombre d'ovaires malades qui ont été amputés, il y en eut 11 avec un seul décès, Ceci est un moyen légitime de présenter la question, et la comparaison est encore vue sous un meilleur jour. Les insuccès seraient donc réduits à 9 p. 100.

Ces huit cas avec un (succès) déjà rapporté le 1er septembre 1866, résument toute mon expérience relative à l'opération de l'ablation des ovaires et offrent tout ensemble une mortalité de 11.11 p. 100. Le professeur Nussbaum a dit que si un chirurgien peut commencer sa carrière comme ovariotomiste avec vingt opérations, il pourra après quelque temps enregistrer une moyenne respectable de succès. Si les résultats, ici mentionnés, peuvent enseigner une chose. c'est qu'un homme sans expérience et sans talent peut atteindre ce résultat, aussi bien qu'un ovariotomiste expérimenté après ses vingt opérations, s'il veut se donner la peine de se rendre familiers les principes de l'opération, avoir de la patience et s'appliquer à tous les détails que nécessite le manuel opératoire.

Je crois avoir prouvé par mon expérience que le professeur Nussbaum est dans l'erreur et qu'il est possible à un ovariotomiste de commencer avec une moyenne respectable de succès si, comme je l'ai déjà dit, il veut seulement prendre la peine de pratiquer son art avec soin, et par dessus tout, se rappeler la vieille maxime attribuée à sir Astley Cooper : « Une opération bien faite est faite assez tôt. »

Je ne connais pas d'opérateur, dans ce pays, qui ait guéri 8 sur 9 de ses premières ovariotomies, 88, 89 0/0, la mortalité entière étant due au cancer. Je ne crois pas non plus que les statistiques de la profession, en Europe, montre l'exemple d'un ovariotomiste ayant obtenu dans ses premières opérations 8 succès consécutifs, 100 p. 100.

Il y a plus d'un ovariotomiste, ici et à l'étranger, ayant eu un bien plus grand nombre de succès pour un plus grand nombre d'opérations. J'ai déjà fait allusion à ce fait; mais leurs succès n'avaient pas été obtenus à leurs débuts, et ils ne peu-

vent prétendre que leur méthode soit supérieure à la nôtre qui a produit des résultats certainement aussi favorables que les leurs au point de vue de la science.

Pour conclure, je tiens à exprimer ma gratitude à mes assistants, les Drs J. E. Janvrin et H, Goldthwaite pour leur coopération dans tous les détails de ces opérations. Je remercie aussi les internes de l'hôpital, les Drs J. G. Perry, P. H. Hoadley et G. E. Munroc, qui méritent de grands éloges pour la patience avec laquelle ils ont soigné les opérées, pour l'exactitude et l'intelligence avec laquelle ils ont pris leurs observations, et pour les notes exactes qu'ils nous ont données du traitement secondaire qui a été suivi.

NOTE SUR LA DISPOSITION DES VAISSEAUX PLACENTAIRES.

Par A. Delore,
Professeur d'accouchements à la Faculté de Lyon.

Il y. a dans le placenta deux espèces de vaisseaux ; ceux du fœtus sont contenus dans les villosités, tandis que le sang maternel est épanché dans des espaces intervilleux extrêmement irréguliers.

Dans l'organisme humain des précautions nombreuses ont été prises pour que le sang ne pût sortir des vaisseaux où il doit évoluer. Les artères ont des tuniques solides et élastiques ; les veines ont des diverticulums nombreux, elles communiquent facilement entre elles ; quant aux capillaires. ils atténuent régulièrement les pressions sanguines par leur finesse et leur multiplicité ; en outre certains organes placés sur le trajet de la circulation, comme la thyroïde et la rate, se gorgent aisément de sang. De telle sorte que le système vasculaire supporte nonseulement les pressions de la circulation de l'homme au repos,

mais encore le coup de bélier de l'individu qui fait un effort violent et subit.

D'après Chauveau la pression artérielle est de 13 centimètres de mercure, celle des grosses veines est de 3. Mais la pression du coup de bélier est difficile à calculer, on sait à quelle distance jaillit quelquefois le sang au début de la saignée.

Les vaisseaux placentaires sont-ils disposés pour résister à une brusque élévation de pression? C'est ce que nous allons examiner.

Les artères ombilicales sont constituées principalement par une tunique musculaire forte et épaisse. Quant aux capillaires villeux et aux veinules qui leur succèdent, ils n'ont qu'une faible résistance à offrir aux efforts du sang fœtal. Si une pression subite en dehors du fœtus est transmise, elle se répartit également sur toute la circulation fœtale, soit dans le corps, soit dans le placenta grâce au liquide amniotique. C'est une situation analogue à celle de l'individu qui est sous la cloche du bain d'air comprimé. Mais en est-il de même pour la circulation maternelle?

Remarquons d'abord que le placenta est un organe à part, unique dans son genre. Il est destiné à la caducité. C'est-à-dire qu'il se détache à la fin de la grossesse. L'accomplissement de ce phénomène physiologique nécessitait des adhérences peu intimes avec la face interne de l'utérus. Il fallait cependant que le sang de la mère inondât constamment les villosités fœtales. Voyons comment cette difficulté a été vaincue.

Les connexions du placenta et de l'utérus se font exclusivement par l'intermédiaire des cellules de la caduque. Ces cellules sont réparties sur toute la surface utérine du placenta. Aucune fibre musculaire ne passe de l'utérus au placenta, on ne trouve même pas de liens conjonctifs.

Les sinus utérins après avoir atténué la pression sanguine dans leurs cavités nombreuses, cerclées exactement par des fibres musculaires, ne s'abouchent pas directement avec toute la surface du placenta. J'ai démontré qu'ils s'ouvraient à peu près exclusivement à la périphérie où ils plongent dans la

grande veine circulaire ou dans les orifices en grillage que j'ai décrits. Ce fait est général et je m'étonne qu'il n'ait pas davantage frappé les anatomistes. A leur entrée dans le sinus circulaire les vaisseaux maternels sont soutenus par la caduque, qui se réfléchit à leur niveau et dont les cellules ont éprouvé autour d'eux une prolifération plus abondante, qui forme ainsi une couche plus épaisse et plus solide.

Une fois entré dans le placenta le sang maternel s'épanche vers la surface fœtale. Il est séparé de la cavité amniotique par une paroi solide qui est constituée par le chorion doublé de l'amnios. C'est sous cette surface fœtale qu'on trouve les lacs sanguins et, quand ils font défaut, ces nombreuses cavités qui sont analogues à celles des éponges. Cette couche fœtale du placenta est traversée perpendiculairement par un grand nombre de colonnes fibreuses et solides qui sont la base des villosités et livrent passage aux vaisseaux du fœtus.

A mesure qu'on se rapproche de la face utérine, on trouve moins de colonnes et moins de tissu spongieux; le sang maternel baigne assurément toutes les villosités, mais les espaces où il s'insinue sont plus étroits et plus ténus.

Enfin si nous considérons attentivement la surface utérine d'un placenta fraîchement détaché, sans effort, nous observons une surface nacrée, continue, uniforme, qui est formée exclusivement par des cellules.

Telle est la disposition des vaisseaux maternels dans le placenta humain. Ainsi donc le sang pénètre par la périphérie; il s'épanche en nappe sous la surface fœtale et de là il s'insinue entre toutes les villosités qui abondent surtout vers la face utérine. On pourrait comparer ce fait à une inondation qui envahissant une forêt baignerait d'abord le tronc des arbres, puis s'élèverait jusqu'aux feuilles.

Cherchons maintenant à nous rendre compte des effets de la circulation dans cet organe si fragile.

Le placenta à l'état normal est dans une érection permanente, mais la pression sanguine y est faible et les parois vasculaires peuvent la supporter. Aucune expérience physiologique n'est

capable d'apprécier cette pression qui est atténuée déjà par les sinus utérins qui sont probablement organisés dans ce but. Mais il est une autre pression qui pour n'être pas permanente n'en est pas moins fréquente et même physiologique, c'est celle qui se produit dans les gros vaisseaux au moment d'un effort. Alors le sang veineux lui-même peut jaillir à une grande distance. Si les vaisseaux placentaires n'avaient pas une disposition spéciale pour prévenir ce *coup de bélier*, bien peu de grossesses arriveraient à leur terme, car il est bien rare qu'une femme reste immobile pendant neuf mois. Voici l'explication qui me paraît rationnelle. Lorsque le sang des sinus utérins est brusquement pressé par un effort énergique, il traverse les nombreux orifices du sinus circulaire, il arrive sous la face fœtale et la pression se divise en deux. L'une se dirige vers la face utérine contre laquelle elle applique plus intimement les cotylédons par le mécanisme des soupapes. L'autre presse la paroi formée par le chorion et l'amnios ; elle la fait bomber du côté de la cavité amniotique dont la tension ainsi augmentée réagit à son tour sur tout le placenta et contribue à l'appliquer plus exactement contre l'utérus.

Ainsi est prévenu le danger du coup de bélier relativement au placenta.

Le point le plus faible est à la périphérie où les sinus s'abouchent dans la veine circulaire de Meckel; or, c'est également là que se produisent la plupart des hémorrhagies *maternelles* pendant la grossesse.

REVUE GÉNÉRALE.

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DES FEMMES.

Par M. Gaillard-Thomas,
Professeur d'obstétrique et de gynécologie au Collège des médecins, Chirurgien de l'hôpital des femmes de New-York, etc.

Traduction et annotations par le Dr **A. Lutaud,**
Médecin adjoint de Saint-Lazare, etc.

Le traité dont nous allons essayer de donner une analyse exacte est l'œuvre de l'un des plus éminents et des plus honorables gynécologistes de l'Amérique du nord.

Parvenu rapidement à sa quatrième édition, aujourd'hui classique aux États-Unis et très répandu en Angleterre, ce livre manquait en France.

Traduit par un de nos jeunes confrères, très versé lui-même dans l'étude des maladies des femmes, le traité de M. Gaillard Thomas est donc destiné à nous faire connaître les idées américaines actuelles, sur un sujet très familier déjà aux collaborateurs *des Annales de Gynécologie*. De plus, les médecins et les élèves y trouveront ,à chaque chapitre, l'exposé d'une pratique le plus souvent judicieuse, quelquefois très hardie, et (pourquoi ne le dirions-nous pas d'avance, puisqu'on le verra dans le cours de cette étude) parfois, mais rarement, légèrement excentrique et dépassant un peu les limites de l'audace.

Les Etats-Unis ont fait depuis un demi-siècle de si prodigieuses découvertes basées, presque toutes, sur des données scientifiques qu'il eût été extraordinaire que l'esprit chercheur et vivace de cette grande nation, ne marquât pas de son empreinte une partie de la science sinon jeune, du moins rajeunie par les grands travaux accomplis pendant ces trente dernières années.

La gynécologie devait rencontrer, parmi nos confrères américains, des hommes savants et distingués entraînés à se spécialiser dans son étude et sa pratique.

L'auteur qu'on nous a chargé de présenter au public français doit être considéré comme l'un de ces hommes.

Car, en dépit d'idées surannées prévalant autrefois, même dans les écoles de notre pays, quelques esprits étroits ou intéressés contestent, seuls aujourd'hui, l'utilité de la séparation des diverses branches de la médecine.

Sans contredit, l'art de prévenir et de guérir les maladies est *un*, mais après une étude générale des sciences médicales résumées chez nous par le doctorat, pour celui qui consacre toute sa vie à l'observation et à la pratique d'une partie de ces sciences, quel homme sensé refuserait une expérience et une habileté, à intelligence égale, supérieures à celles du praticien contraint par diverses raisons d'exercer l'art de guérir tout entier. S'il était besoin de preuves à une pareille assertion, on en trouverait une des plus éclatantes dans ce fait, qu'aucun pays du monde n'a encore été chercher ses médecins d'armée parmi les accoucheurs et les gynécologistes.

Aujourd'hui la question est résolue : l'obstétrique et la gynécologie ont, dans toutes les contrées où il y a une médecine, des représentants autorisés. Il faut compter aux premiers rangs, M. Gaillard Thomas.

On peut, on le verra bientôt, ne pas partager, tant s'en faut, toutes ses opinions, mais ce serait manquer à l'esprit de justice de ne pas honorer et ses talents et son admirable bonne foi, cette probité du médecin.

Après la lecture de ce millier de pages, il reste comme une impression de bonhomie et d'honnêteté qu'on serait tenté d'appeler françaises, si ces lignes n'étaient point écrites à Paris.

On sent en face de soi un homme pouvant, comme nous tous, se tromper, mais jamais tromper.

Et l'on comprend d'avance le plaisir de discuter avec l'auteur les points contestables. Les arguments et les répliques seront nets et francs.

Aussi ne manquerons-nous pas de signaler hardiment les raisons de nos dissidences avec les idées que nous ne partageons pas : jamais la loyauté n'est blessée par la franchise.

Et sans croire manquer à la courtoisie, juste tribut, hommage légitime, devoir même envers un collègue d'une aussi grande valeur, nous nous réservons de n'adopter qu'avec restrictions certains de ses principes, et nous irons même jusqu'à ne pas hésiter à rejeter complètement telle pratique qu'il a cependant appuyée de son autorité.

Après ces préliminaires, un peu longs, mais nécessaires, nous entrons dans l'analyse.

Une *esquisse historique*, concise, mais fort érudite, remplit tout le chapitre premier; on y remarquera cette appréciation vraie, il y a encore quelques années, mais tendant de plus en plus à devenir un simple souvenir du passé.

« *Même à cette époque* (la première moitié du XIXe siècle), *les* « *gynécologistes se rangeaient en deux parties qui, de nos jours,* « *ne sont pas encore confondues. En Angleterre, on avait une* « *forte tendance à regarder le désordre local comme le résultat* « *et non la cause du désordre constitutionnel concomitant;* « *tandis qu'en France, les maladies de l'utérus étaient envisa-* « *gées comme l'élément principal, et l'état général comme la con-* « *séquence qui en dépendait.* »

On trouverait aujourd'hui un bien petit nombre de médecins, s'il en est encore, qui n'accorde à ces deux ordres de causes l'importance qu'elles ont dans la réalité.

Depuis vingt-cinq ans au moins, nous signalons la vérité de la proposition suivante qu'on trouvera également dans l'historique.

« *Dans les cas où des conditions inflammatoires existent, on* « *doit la traiter d'abord et laisser à la malade le temps de ré-* « *sorber les productions morbides avant de recourir à des* « *moyens mécaniques.* »

Voilà un précepte de la plus grande importance et tous les médecins qui le mettront en pratique auront à s'en applaudir.

Quant aux moyens mécaniques, nous y avons une bien moins grande confiance que M. Gaillard Thomas. Nous en dirons les raisons plus loin. On en appréciera la valeur.

Grand partisan du spéculum de M. Sims, M. Gaillard Thomas pense qu'il exige « *une habileté consommée* » *et il s'étonne* « *que même dans la ville où s'exerce l'influence personnelle de* « *M. Sims, peu de médecins s'en servent pour les cas ordi-* « *naires.* »

Il y a là un défaut de réflexion qui surprend.

Le spéculum de M. Sims a ses cas d'application, il est alors excellent, il rend des services indéniables, mais dans beaucoup de maladies utérines, il n'est pas nécessaire ; on traite très aisément ces maladies avec le spéculum bivalve ou trivalve. Voilà tout le secret et il en sera toujours ainsi. Ce qu'on appelle en France « le spéculum des maladroits » aura toujours plus de succès que tous les autres quand il sera suffisant, et nous avouerons, sans avoir de trop grandes prétentions à la maladresse, en faire un fréquent usage.

M. Gaillard Thomas connaît-il donc une seule profession dont tous les membres aient acquis « *une habileté consommée.* » Pour notre compte, nous considérons cette nécessité, non pas comme une qualité dans un instrument, mais comme une défectuosité qu'il faut s'efforcer de faire disparaître au plus tôt, afin d'en rendre le maniement facile à la majorité, qui n'est pas et ne peut pas être « *d'une habileté consommée.* »

L'*étiologie* des maladies utérines remplit le chapitre II.

L'auteur déclare n'avoir égard qu'aux causes observées « *dans les pays tempérés comme le sien.* »

Ce qui rend son étiologie, par conséquent tout à fait applicable au centre et au midi de l'Europe et à la France en particulier.

Tout en ayant souci de la race, l'auteur pense que « *les in-* « *fluences nées de la civilisation, au point de vue de la produc-* « *tion des maladies utérines, sont :*

1° *Défaut d'exercice en plein air ;*

2° *Développement excessif du système nerveux ;*

3° *Vices du costume ;*
4° *Imprudences pendant la menstruation ;*
5° *Obstacles à la conception et provocation de l'avortement*
6° *Mariage avec maladies de l'utérus,*

Pour nous, sans méconnaître la justesse de cette énumération, nous la trouverions très incomplète, si l'auteur n'y revenait avec plus de détails dans le chapitre XII. Les causes générales, nées de la constitution, des tempéraments, des diathèses, de l'hérédité, etc, nous paraîtraient, à tort, passées sous silence et le lecteur déjà instruit se trouverait fort désappointé jusqu'au chapitre que nous signalons.

Ces causes générales sont mentionnées, il est vrai, à propos de chaque cas particulier, mais il nous a semblé qu'elles eussent demandé plus de développement, plus surtout qu'une simple énumération.

Les abus fonctionnels sont encore une cause très fréquente d'apparition et de perpétuation des maladies utérines.

Combien de jeunes filles, se mariant avec des organes génitaux parfaitement sains, deviennent souffrantes sous l'influence des rapprochements fréquents dans les premiers mois, n'osent se plaindre pendant assez longtemps, jusqu'au jour où l'intimité devenue plus grande et les rapports plus douloureux, on se décide à consulter.

Si l'on refléchit à la vie génitale des femmes dans une civilisation excessive comme la nôtre, dans les grands centres surtout, non seulement on admettra les abus fonctionnels comme l'une des causes communes des affections utéro-vaginales, mais on s'étonnera que ces maladies, déjà fréquentes, ne le soient point davantage.

Existe-t-il dans l'économie un appareil plus exposé aux déplacements, aux changements d'état, de volume, aux excitations, aux congestions, aux hémorrhagies, aux chocs, aux pressions et si nous l'osions, nous dirions presque, aux avanies subis par l'utérus.

Qu'on examine tous les systèmes de l'économie, on n'en trou-

vera pas un seul soumis à de pareilles perturbations pendant les trente années de la vie sexuelle.

Les distensions excessives de la grossesse et de l'accouchement ne viennent-elles pas encore trop souvent surajouter des causes de maladies à toutes celles qu'on peut observer en dehors de ces deux états, qui côtoient la pathologie.

Les maladies utéro-vaginales surviennent chez les vierges et les enfants, il est vrai, mais combien plus, même proportionnellement, chez les autres.

En se bornant à l'énumération étiologique de M. G. Thomas, on resterait donc fort au-dessous de la réalité complète.

Pour M. G. Thomas, nous n'en doutons pas, et la simple mention qu'il en fait à propos de chaque cas en est la preuve, l'étiologie des affections de l'appareil de la reproduction doit tenir compte des maladies générales et des états diathésiques qui les aident à naître ou les perpétuent. Pour nous, l'appareil générateur chez la femme, tout autant que les autres systèmes organiques, est soumis aux lois générales de la pathologie.

Cet appareil peut être affecté :

1° De maladies nées de causes locales, qui resteront localisées, sinon toujours, au moins un temps fort long ;

2° De maladies de causes locales et restant elles-mêmes locales, mais entraînant rapidement à leur suite, des retentissements de voisinages ou des troubles généraux de l'économie ;

3° De maladies, manifestations évidentes d'une diathèse ou d'un état général et dont une cause directe n'a été que l'occasion ;

4° De vices de conformation congénitaux ou acquis ;

5° D'infirmités le plus souvent d'origine mécaniques, traumatiques, directes ou indirectes ;

6 De prolifération autoplasmique (fibrome, myôme, polypes, etc.) ne dégénérant pas ordinairement, et d'autres (cancroïdes, sarcome, cancers, etc.) souvent héréditaires et à marche envahissante, toutes affections d'une pathogénie encore obscure.

M. G. Thomas ne pouvait évidemment se contenter de l'énumération sommaire contenue dans le chapitre, *Étiologie*, il re-

vient plus loin sur des causes qu'il appelle « *prédisposantes* » par opposition à celles qu'il nomme « *excitantes.* »

Les premières contiennent les causes *générales et diathésiques* et les secondes, les causes *locales.* D'ailleurs dans plusieurs chapitres, on verra mentionner les diathèses, syphilitiques, herpétiques, les fièvres éruptives, les inflammations, etc., mais il faut prévenir le lecteur que c'est principalement dans le chapitre XII sur *la pathologie et le traitement*, bien plus que dans le chapitre II sur l'*étiologie*, qu'on rencontrera des vues synthétiques et pleines de justesse sur la pathogénie des affections utérines.

Dans ce chapitre XII se trouvent exposées les idées générales de l'auteur. Elles peuvent servir de guide au médecin qui voudra se livrer à l'étude clinique des causes et pénétrer les modes de développements des maladies utérines, dans la mesure du possible aujourd'hui.

Une courte citation montrera mieux qu'une longue analyse, la conception large, l'esprit ouvert et le sens médical de notre savant collègue de New-York.

« *Un tel prétend que l'inflammation du parenchyme utérin joue un rôle capital dans l'étiologie des maladies de la matrice; un autre attribue tous les désordres aux déplacements utérins, un troisième les attribue exclusivement à l'irritation ou à l'hypéresthésie des nerfs de l'organe; un quatrième rapporte toutes les maladies utérines à l'irritation catarrhale; d'autres enfin font jouer le principal rôle à l'involution insuffisante de l'utérus après l'accouchement................ Pour celui qui, sans préjugés et sans idées préconçues, recherche simplement la vérité, il est évident que l'étiologie des maladies utérines ne réside pas spécialement dans une de ces causes mais dans toutes à la fois.* » *Toutes à la fois* ne dit pas ce que l'auteur veut dire, il faut entendre, peut résider dans chacune d'elles, et nous ajouterons dans bien d'autres encore.

« *Les troubles de l'appareil génital de la femme ne reconnaissent pas un facteur unique et universel.* » Voilà la vraie pensée de l'auteur. Personne en France n'y contredira.

Mais après cette excursion nécessaire dans le chapitre XII pour compléter l'étiologie, nous revenons au chapitre III rempli tout entier par l'étude des moyens de diagnostic éclairés par de très bonnes et très nombreuses planches.

Décrits avec clarté, on devine par le luxe de détails cliniques et exacts, l'homme familiarisé dès longtemps avec toutes les difficultés de l'exploration et du diagnostic.

Déjà dans ce chapitre, nous demandons à l'auteur la permission de faire plusieurs réserves dont nous donnerons les raisons.

D'accord sur l'anesthésie, le toucher et le palper combinés, nous n'accepterons jamais le toucher rectal pratiqué avec *la main et l'avant-bras dans le rectum*, *l'anus incisé*, *s'il est nécessaire.*

C'est pour nous une pratique barbare et dangereuse, une des excentricités aggravée de Simpson, et si l'on nous reprochait de la juger sans l'avoir employée, nous répondrions que nous n'avons pas voulu tenter non plus d'introduire les deux mains à la fois dans le vagin, comme le conseille Celse et nous ne le tenterons point. Jamais nous n'accéderons à l'éloge que fait M. G. Thomas « *de l'avant-bras dans le rectum des femmes.* »

Nous n'acceptons pas davantage l'opinion de M. G. Thomas sur l'emploi de *la sonde utérine.*

« *J'estime*, dit l'auteur, *qu'on ne saurait jamais poser le diagnostic d'une affection utérine*, *avant d'avoir pratiqué le cathétérisme.* »

Il n'y a certes pas, dans tout l'ouvrage, une proposition plus évidemment exagérée que celle-là. On a posé des milliers de diagnostics justes *avant* la sonde et *depuis* la sonde sans en faire emploi. Que cet instrument rende des services dans des cas déterminés, cela est incontestable, mais jamais nous ne suivrons, et nous croyons dangereux et irrationnel de suivre la pratique de l'auteur sur ce point.

« *Je pratique*, dit M. G. Thomas, *le cathétérisme utérin* DANS TOUS LES CAS *où j'examine les malades* POUR LA PREMIÈRE FOIS

et je n'ai jamais eu d'accidents, si ce n'est dans deux cas où l'avortement a été provoqué, PARCE QUE LA GROSSESSE ÉTAIT IGNORÉE » (du médecin, cela n'arrive jamais autrement, mais de la femme?)

Et plus loin dans ce même chapitre l'auteur dit. . . . .
« *Tout médecin a le devoir de tenir compte de l'expérience de ses confrères et s'il fallait que chaque praticien perdît une malade avant de reconnaître le danger d'un traitement, le nombre des accidents mortels augmenterait considérablement.*

Voilà de sages paroles. Nous avons donc le droit de dire de par l'auteur; s'il fallait que chaque praticien provoquât deux avortements pour reconnaître les dangers de la sonde, employée comme le veut M. G. Thomas, le nombre des avortements augmenterait considérablement, et les femmes qui veulent se faire avorter auraient là un moyen simple et facile. Et ne meurt-on pas quelquefois d'avortement?

Jamais, nous disons jamais, pareil accident n'est arrivé et n'arrivera avec la méthode que nous professons; nous avons trop vu en France il y a quelque vingt-cinq ans, ce qu'il fallait penser de l'usage journalier de la sonde pour n'avoir pas pris nos précautions.

Et à beaucoup de gynécologistes dépourvus de tout préjugé, quoiqu'en dise l'auteur, il ne semblera guère prudent, ni rationnel « *d'examiner toutes les malades avec la sonde utérine, la première fois qu'elles se présentent.* »

Quand le cathétérisme utérin me parait indispensable, je ne me hasarde *jamais*, pour ma part, à le pratiquer que huit à dix jours *après* les règles *prochaines* et en fesant bien comprendre à la malade toute l'importance d'une *abstention absolue de rapports conjugaux* depuis l'époque menstruelle jusqu'après l'examen, et si la malade n'a pas eu ses règles depuis un à deux mois, ou si elles ne viennent point, en leur temps, je m'abstiens et j'attends jusqu'au quatrième mois.

Avec cette précaution, j'opère à coup sûr et sans être troublé par la pensée d'un avortement possible. Si la femme me

trompait (ayant fait mon devoir pour éviter d'être dupe) je ne me croirais point responsable. Cela ne m'est pas encore arrivé *dans ce cas*.

Je ne crois pas m'avancer beaucoup en disant que les médecins prudents préfèreront certainement ma méthode à celle de M. G. Thomas.

D'ailleurs, je ne conseille pas l'emploi des sondes métalliques, une simple tige très fine, en baleine, graduée et faite sur le modèle des stylets de trousse, que le médecin peut aisément fabriquer lui-même, comme je le fais depuis longtemps, me paraît le meilleur et le plus inoffensif des hystéromètres. On voudrait blesser l'utérus, on n'y parviendrait pas avec ces instruments flexibles et fermes.

Pour résumer, je pense qu'il faut retourner la proposition de l'auteur pour être dans la vérité clinique.

Des centaines et des centaines de femmes peuvent être traitées et guéries sans l'emploi de la sonde et du spéculum de Sims.

L'hystéromètre et le spéculum de Sims sont, au contraire, indispensables dans certains cas particuliers.

Voilà pour nous l'assertion qui nous semble vraie et dégagée de tout préjugé et de tout exagération.

La plupart des affections utérines sont facilement reconnues par un homme habitué, sans l'emploi de la sonde. Il y a des maladies de l'utérus où l'hystéromètre rend des services indiscutables.

On voit combien diffèrent nos deux manières d'interpréter l'usage du spéculum et du cathétérisme utérin.

Les maladies de la vulve, les abcès des grandes lèvres, la coccygodynie et la rupture du périnée forment les chapitres IV et V.

Rien à signaler dans ces chapitres succints mais suffisants, et une mention toute particulière pour les déchirures du périnée décrites avec beaucoup de clarté et de justesse. Le traitement

surtout attirera l'attention du praticien par de bonnes figures et une exposition très fidèle des procédés opératoires.

Nous y avons relevé seulement une recommandation qui nous a semblé singulière.

A propos du traitement au moment de l'accident, l'auteur après avoir donné les soins nécessaires à la plaie, conseille de « *placer la femme sur le côté.* »

Depuis quarante ans que je fais des accouchements il m'a été impossible d'obtenir d'une accouchée, de quelques heures, qu'elle se plaçât sur le côté, et à ce point, que si certaines femmes demandent qu'on leur accorde la permission de se placer dans cette situation, on le peut sans crainte. Jusqu'après la montée du lait, elles n'y resteront pas longtemps.

En effet, après l'accouchement, les ligaments, insuffisants à maintenir l'utérus à cause de son poids considérable, laissent l'organe s'incliner du côté sur lequel repose la femme, il en résulte des tiraillements et des pressions pénibles. L'instinct cherchant à éviter la douleur, force bientôt l'accouchée à se replacer sur le dos et le besoin de cette situation devient plus pressant encore quand les seins commencent à se gonfler. Beaucoup de femmes, non seulement restent alors dans le décubitus dorsal, mais se gardent bien de rapprocher les bras trop près du tronc.

Le chapitre VI traite du *vaginisme.*

Excellente discussion des divers traitements employés dans cette singulière et douloureuse affection.

M. G. Thomas bannit les opiacés du traitement général, il a raison, le bromure, qui a moins d'inconvénients, n'a guère plus d'efficacité.

Mais si les opiacés ne valent rien généralement, localement l'expérience démontre qu'ils rendent d'incontestables services.

Je n'ai vu que six cas de vaginisme, quatre de médiocre intensité, deux excessifs. Chez l'une de ces dernières malades, le mariage durait depuis quatre ans sans être consommé, la vulve

tout entière ne dépassait pas en longueur trois centimètres et demi, pas d'état catarrhal, des tentatives de dilatation forcée avait été suivies de convulsions qui contraignirent à y renoncer.

Je fis faire, pendant une quinzaine, des lotions fortement opiacées. Dans les premiers jours, il fallut se contenter de laisser tomber le liquide sur la vulve. Peu à peu la sensibilité s'émoussa. Je pus introduire le spéculum des enfants, puis très doucement j'arrivai en cinq semaines avec des spéculums gradués à introduire le trivalve de Charrière.

Cette jeune femme était bien constituée, assez jolie, le mari habitant la province fut mandé à Paris, elle devint enceinte tout de suite.

Malheureusement l'accouchement ne fut pas facile. Un médecin de la ville appliqua le forceps, à ce qu'elle me raconta un an plus tard, elle eut le périnée déchiré jusqu'à l'anus et ne voulut point se soumettre à l'opération.

J'ai traité les autres cas par la même méthode, elle est un peu longue sans doute, mais sans accidents possibles.

Comme le dit, d'ailleurs très justement M. G. Thomas, « *Il faut d'abord chercher la cause et la combattre quand on le peut.* »

De plus, le vaginisme présente des degrés très divers. Depuis le simple spasme, un peu douloureux du constricteur qui cède à une pression très douce et prolongée du spéculum, jusqu'à l'hypéresthésie excessive s'opposant au moindre contact, tous les degrés intermédiaires doivent se rencontrer, si j'en juge par les six cas que j'ai pu observer.

Tout récemment, un jeune couple vint se plaindre qu'après plusieurs mois de mariage la jeune femme, déflorée dans les premiers jours, ne pouvait plus cependant supporter les rapports sexuels. Pas de catarrhe. Une interrogation discrète m'apprit que le jeune homme vigoureux, très épris et fort impétueux, procédait d'ordinaire avec la douceur d'un boulet de canon. J'appliquai devant lui le petit spéculum trivalve. J'y mis une grande lenteur, le spasme se produisit, je maintins le spéculum contre l'obstacle évitant de pousser l'instrument; au bout

de quelques secondes, il pénétra sans effort et sans douleur.

Cette leçon « *de choses* » profita sans doute, car je dis au mari qu'il n'avait qu'à imiter le spéculum, et que dans le cas où tout n'irait pas à son gré, je dilaterais. Il n'est pas revenu !

La vaginite, l'atrésie et le prolapsus du vagin précèdent l'une des principales et des meilleures monographies de l'ouvrage. Près de cinquante pages sont remplies par l'étude des *fistules génito-urinaires*. Il y a d'autres bons chapitres dans le livre, il n'y en a pas de meilleur que le chapitre X. Le diagnostic, l'étiologie, l'historique des méthodes et procédés, leur description surtout, tout cet ensemble est à la fois succinct, clair, et excellent. Sans doute, des critiques chagrins pourront dire que cette grande question aurait voulu plus de développements; mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit ici d'un ouvrage classique, où tout doit être condensé, sous peine d'écrire un volume interminable, et, dès lors, le but serait manqué.

Ce chapitre des *fistules vesico, utéro, et recto-vaginales* est peut-être celui de tous le mieux fait pour intéresser le lecteur. La description des opérations difficiles et délicates nécessaires à la cure de ces infirmités qui font de la vie des malades un supplice de tous les instants, la description de ces opérations, disons-nous, est un chef-d'œuvre de précision et de clarté. Avec les figures renfermées dans le texte, il n'est pas de chirurgien éloigné des grands centres, qui, guidé jusque dans les moindres détails par cette partie du livre, n'arrive à pratiquer et réussir ces opérations relativement rares et qu'on verra devenir plus rares encore, à mesure que de saines notions d'obstétrique se répandront de plus en plus parmi les médecins et les sages-femmes. On ne saurait trop le dire souvent, et celui qui signe cette notice l'a répété pendant près de quarante ans ; les accoucheurs et les sages-femmes sont, quatre-vingt-quinze fois sur cent, les auteurs patentés de ces infirmités le plus souvent incurables sans l'opération. Qu'il y ait des cas en obstétrique où, malgré toute la prudence et le savoir nécessaires, une fistule puisse se produire dans les bassins viciés, par exemple, cela ne

fait pas l'ombre d'un doute, mais avec des bassins et des fœtus normaux, le retard apporté par l'impéritie aux secours indispensables, est de beaucoup la cause la plus commune des infirmités dont M. Gaillard Thomas a tracé un tableau si pratique et si instructif.

C'est surtout, nous le répétons, dans la description des opérations que l'auteur a montré toutes les qualités qui le distinguent.

Grâce à l'aide d'un texte clair et de figures multipliées et frappantes, l'esprit le moins préparé saisit du premier coup la manœuvre opératoire, les moyens et le but.

Les différents procédés de Sims et de Bozemam, de Simon et d'autres sont successivement exposés avec un talent que nous sommes heureux de proclamer, ne fût-ce que pour remercier l'auteur du plaisir qu'il nous a donné et que partageront, croyons-nous, tous les lecteurs.

M. Lutaud a joint aux instruments proposés pour les fistules recto-vaginales la pince de notre collègue et ami le Dr Tillaux. Nous avons assisté à l'une des premières applications de cet utile et ingénieux instrument.

Le chapitre XII est sans contredit l'un de ceux qui méritent le plus d'attention. Il est rempli par des considérations générales sur la pathologie et le traitement des *affections utérines*.

Sauf quelques points rares, on ne peut qu'approuver les aperçus ingénieux et les remarques qui s'y rencontrent à chaque page.

Cependant déjà ici, M. Gaillard Thomas nous paraît laisser percer plus qu'une préférence très marquée pour les pessaires. Nous la retrouverons plus loin et il conviendra de s'en expliquer.

L'auteur accuse de préjugés les médecins qui ne partageraient pas cet enthousiasme. Il nous semble, quant à nous, que le reproche pourrait lui être renvoyé, et s'il a entendu des femmes auxquelles il a placé un pessaire lui dire « *pourquoi ne m'a-t-on pas fait cela plus tôt?* » nous avons vu, de notre côté, un bon nombre de malades prendre dans leur poche un papier ou un mou-

choir, en retirer un des cent pessaires connus et nous dire : « Mon médecin m'avait mis cela, il m'est impossible de le supporter. »

Nous ne sommes pas non plus d'accord avec notre éminent collègue, quand il croit qu'un voyage ou des bains à la mer, le séjour à la campagne parviennent à guérir les maladies utérines et nous ne permettrons jamais l'équitation, fut-ce même pour visiter la terre sainte, malgré son observation exceptionnelle. Il y a des malades qui guérissent *malgré que* et non *parce que.*

Même quand l'affection utérine est survenue sous l'influence d'un état général, qui sans doute serait amélioré par de bonnes conditions hygiéniques, l'affection utérine locale doit, pour nous, être traitée localement avant ou pendant la cure générale.

Combien voit-on de jeunes femmes envoyées à la mer, aux eaux, à la campagne par leur médecin, revenir plus souffrantes qu'avant leur départ.

Elles sont parfois un peu plus colorées, le faciès est un peu meilleur et cependant elles se plaignent davantage du bas-ventre et des reins, la tension, le gonflement du ventre sont plus considérables, le sentiment de plénitude dans le bassin est plus prononcé. Cette apparence de santé va rapidement disparaître avec le retour à la ville et la maladie locale est tout aussi, sinon plus, intense qu'avant le départ. Cela est ainsi le plus souvent, et cela doit être. La maladie locale, c'est *souvent* le corps étranger dans les tissus. Il faut l'enlever d'abord et *pendant* ou *après*, traiter généralement. Voilà le chemin de la guérison.

S'il est de première nécessité, comme le dit si justement notre éminent collègue de ne pas *« négliger le traitement général »* il est non moins rigoureusement nécessaire de le faire précéder ou accompagner du traitement local. Les maladies utérines ne guérissent point seules ou par un traitement général seul. Le contraire est une exception rare.

Après avoir passé en revue toute l'histoire, fort exactement faite, de *l'endométrite aiguë et chronique, du col et du corps,*

l'auteur en s'occupant du traitement, expose assez longuement l'historique et la pratique des injections caustiques intra-utérines.

Il termine, après des considérations très sensées sur la différence de contractilité des orifices sains et malades, par conseiller aux praticiens de renoncer à ces injections, à moins de circonstances tout à fait exceptionnelles.

S'il m'était permis de dire ce que l'expérience personnelle m'a appris sur ces injections intra-utérines, j'avouerais les avoir employées assez souvent, jusqu'en 1872 à peu près.

J'ajouterais, que les injections que je pratiquais avec un instrument, à moi, vaporisant le liquide et à jet rétrograde, et renfermant une solution d'azotate d'argent au huitième et au quart ne m'ont jamais présenté d'accidents, et néanmoins j'ai renoncé à leur usage après la lecture des désastres si fréquents dont j'ai trouvé remplis, les journaux de tous pays.

J'y ai substitué d'abord la *laminaria* entourée de poudre fine de nitrate d'argent fixée avec de la gomme, et aujourd'hui, ce qui est bien préférable, la même poudre, adhérant par le même procédé, à une baleine d'un millimètre à deux d'épaisseur. ce qui rend à la fois le crayon fin, flexible et solide.

La métrite parenchymateuse chronique, son diagnostic différentiel avec la sclérose du col et le cancer squirrheux, sa pathogénie surtout, son traitement, tout ce chapitre XVI est plein d'intérêt et témoigne d'une grande expérience.

La dégénérescence granuleuse et kystique du col occupe avec *les ulcérations syphilitiques* les deux chapitres suivants, très courts d'ailleurs, et nous arrivons à la grande dissertation sur *les déplacements de l'utérus*. Les opinions émises par l'auteur sont ici, le plus formellement en opposition avec celles que nous professons, ce qui nous procurera l'occasion de commenter le texte de M. Gaillard Thomas et parfois de le mettre en désaccord avec lui-même, suprême plaisir pour le critique.

Oui, le chapitre des déviations utérines, hors l'état de gros-

ssesse, est celui de tous certainement, où je me vois, à regret, le plus séparé de notre éminent collègue américain.

Depuis l'époque, bien éloignée (1846) où je publiais les leçons de Velpeau sur ce sujet, les occasions de l'étudier à nouveau se sont offertes un très grand nombre de fois.

Depuis longtemps je ne tiens plus compte du nombre de déviations qu'il m'est donné d'observer chaque année, mais ce sera rester certainement au-dessous de la vérité que dire qu'il n'est guère de mois, depuis vingt-cinq ans, où je n'ai pas eu à examiner un et quelquefois deux ou trois cas de tous les genres. On le voit, cela constitue un nombre assez respectable d'observations.

Mais à part *les prolapsus de tous les degrés*, qui ne sont pas rares et *les inversions* dont je n'ai vu, en ma vie, que cinq cas, je puis, pour toutes les autres déviations *versions* et *flexions* dont j'ai observé de si nombreux exemples, formuler les propositions suivantes :

Je n'ai jamais vu encore, hors l'état de grossesse, une femme *sérieusement malade* par le fait de déviation *non compliquée* d'une autre maladie.

Le plus grand nombre des femmes, guérie de la complication, ont repris leur vie habituelle conservant la déviation, quelquefois portée aussi loin que possible sans s'en préoccuper autrement.

Les déviations utérines *seules* (toujours prolapsus et inversions à part) sont le plus souvent ignorées des femmes qui ne l'apprennent que par un médecin ou une sage-femme qu'elles viennent consulter pour la maladie qui la complique ou pour tout autre sujet. Il y a d'ailleurs des industriels à Paris, mâles et femelles, qui trouvent des déviations *à toutes les femmes* et la guérison en est d'autant plus fermement assurée que la déviation n'existe pas.

De plus j'affirme que la déviation *seule* est une difficulté pour la fécondation, *jamais une impossibilité*, les époux ne présentant pas d'ailleurs d'autres causes de stérilité.

Il m'a été donné d'observer des grossesses *avec tous les genres*

de déviations (inversions à part) et quelques unes étaient aussi extrêmes qu'elles peuvent l'être.

On a employé à Paris, il y a quarante à cinquante ans, des pessaires de toute nature, puis plus tard des redresseurs. Ces moyens mécaniques peuvent, dans beaucoup de cas, restituer à l'utérus sa position normale *tant qu'ils sont en place*. Enlevés, l'organe reprend sa position anormale. Leur action ne survit pas à leur présence.

Ces moyens sont loin d'être inoffensifs. Quelques-uns sont dangereux.

M. G. Thomas avoue *qu'ils peuvent donner lieu à des phlegmons, des péritonites, des fistules, vésico, recto, utéro-vaginales*, etc., affections autrement graves, on en conviendra, qu'une déviation simple de l'utérus. Les redresseurs ont tué des malades !

Bien plus, la grossesse qui remet en place les utérus les plus déviés ne procure qu'une guérison temporaire. Elle agit pourtant bien plus énergiquement, plus efficacement que les pessaires, les redresseurs et tous les autres moyens ; et cependant les accoucheurs qui ont pu suivre des déviations pendant plusieurs grossesses, et voir l'organe complètement redressé, ont observé la reproduction de la déviation au bout d'un temps plus ou moins long, mais qui ne dépasse guère un an à deux.

Qu'il puisse exister quelques exceptions à ces règles, il serait imprudent de le nier parce qu'on n'en connaît pas d'exemple.

M. Gaillard-Thomas ajoute ailleurs : « *Lorsque j'entends certains médecins me dire qu'ils n'emploient jamais les pessaires, je me demande par quels procédés ils traitent les maladies utérines.* »

Ces médecins ont assurément tort, mais ce tort est-il plus grand que celui de les employer toujours. Là est la question. La vérité est qu'ils ont leurs cas d'application.

Tout ce que je puis dire c'est, *prolapsus à part*, (1) si

---

(1) Et encore, il y a des femmes dont le col est à 8 à 9 centimètres de la vulve, elles ne le savent point; d'autres l'ont à 3, à 4 centimètres, et elles l'ignorent!

j'étais femme, je préférerais l'erreur de ceux qui ne les emploient jamais, à la faute de celui qui les applique toujours.

Sans doute, les pessaires ont leur cas d'application. Les femmes qui les supportent le mieux sont, sans contredit, celles dont l'utérus est en prolapsus. Il ne me semble pas qu'on se soit suffisamment rendu compte du fait. Certainement le plus ou le moins d'irritabilité générale de la malade influera sur la façon dont le pessaire sera supporté, mais dans des conditions à peu près égales, à cet égard, telles qu'on peut les rencontrer, le vagin supportera d'autant mieux le pessaire dans le prolapsus, que le canal vulvo-utérin est déjà alors, et le plus souvent de longue date, accoutumé à la présence de l'utérus, représentant dans ce cas, un véritable corps étranger. Or sa présence, souvent ancienne, a émoussé la sensibilité et l'irritabilité du contenant.

M. G. Thomas semble oublier que la plupart des moyens mécaniques suspensifs, contentifs, redresseurs, etc., ne sont point curatifs pour les adultes, ce sont des palliatifs très utiles parfois, mais qui ne guérissent rien et pour l'utérus en particulier, le pessaire est comme le brayer pour la hernie. Son utilité ne se continue pas après son retrait. Soutiendrait-on qu'il aide à guérir pendant l'usage d'un traitement approprié. Cette assertion aurait besoin de preuves à l'appui. Si le pessaire rend la circulation de l'organe plus normale en replaçant celui-ci dans son axe naturel, il gêne la circulation de voisinage et détermine des compressions qui, outre la sensation pénible qu'elles provoquent, amènent à leur suite des congestions, des érosions, un état catarrhal et même des ulcérations et des perforations graves.

Jamais le médecin n'obtiendra du plus grand nombre des femmes un examen hebdomadaire indispensable pour éviter tout accident. Il n'y faut pas compter.

Quel praticien n'a vu, comme moi, des pessaires retirés après des mois et même des années de séjour, non pas chez des paysannes, des ouvrières ou des bourgeoises, peu soigneuses d'elles-mêmes, mais chez des malades du plus grand monde,

n'osant se plaindre, ou absolument indifférentes jusqu'à ce que la douleur les force à demander secours.

J'ai retiré un pessaire en caoutchouc chez une jeune dame fort titrée. Elle le portait depuis cinq mois sans l'avoir retiré une seule fois. Je ne parvins point à découvrir le motif qui l'avait fait appliquer, cette jeune femme n'avait réellement d'autre maladie que son pessaire et l'écoulement fétide qu'il avait provoqué.

L'habilité personnelle du praticien, ajoute M. G. Thomas, « *son adresse, son habitude et sa pratique sont nécessaires non seulement pour faire du bien avec les pessaires, mais encore pour les employer sans danger.... Un praticien inexpérimenté n'est pas plus capable de placer un pessaire d'une façon sûre et efficace, qu'un individu non cordonnier n'est à même de faire une chaussure qui s'adapte bien au pied.* » (Page 284.)

Or, voici ce qu'on lit à la page 445. « *Un jour une dame vient me consulter pour une antéversion, après avoir été pendant plusieurs mois entre les mains d'un charlatan qui couvrait les murs de ses annonces. Après avoir enlevé un pessaire lourd et rugueux, je découvris une ulcération dans la paroi vagino-vésicale. Cette ulcération était large, profonde, enflammée...... Après avoir conseillé à la malade un traitement approprié, je lui dis de venir me trouver trois semaines plus tard. Elle revint en effet, au bout de ce temps. L'ulcération s'étant cicatrisée et toute irritation ayant disparu, j'appliquai un pessaire à antéversion et je renvoyai la malade en convenant de la revoir huit jours plus tard. Elle revint au bout de ce temps, et quelle ne fut pas ma surprise de constater que mon pessaire avait donné lieu la formation d'une ulcération large et profonde. La seule différence qui existait entre mon ulcération et celle du charlatan est que la mienne était plus étendue et de plus mauvaise apparence.* »

Si cette confession honorable de notre éminent collègue n'est pas en contradiction formelle avec l'assertion qui la précède, il faut rayer le mot contradiction des dictionnaires.

Après avoir lu tout entier le traité de M. G. Thomas, per

sonne ne doutera de l'adresse, de l'expérience, de la grande pratique, du savoir et du talent de l'auteur. Ce n'est donc point à l'absence de ces qualités qu'il faut imputer « le bien que ne faisait pas et le mal qu'avait fait le pessaire. C'est à l'instrument lui-même qu'il faut attribuer le résultat. Donc ni l'expérience, ni l'habilité ne parviendront pas toujours à prévenir les graves inconvénients de l'appareil.

Donc, il ne faut employer les pessaires que dans les cas d'indispensable nécessité.

D'ailleurs il en existe près d'une centaine d'espèces, 26 sont représentées dans le traité. S'il y en avait de très bons ils seraient en très petit nombre ou alors en nombre indéfini, car dans ma pensée, il faudrait pour qu'ils eussent le moins d'inconvénients possibles, que chaque exemplaire fût moulé sur chaque femme qui doit en faire usage.

L'inversion utérine, le phlegmon périutérin la pelvipéritonite les abcès pelviens et l'hématocèle pelvienne succinctement décrites dans leurs causes, leurs symptômes et leur traitement ne donnent lieu à aucune remarque particulière. Ce sont des résumés des grands travaux qui nous sont familiers en France, et quelques-uns de ces états pathologiques ont été, chez nous, l'objet de très belles et vastes recherches.

Le chapitre XXXI traite des *fibro-myomes et des fibroïdes de l'utérus.*

Le lecteur retrouvera dans ce chapitre les grandes qualités de notre auteur.

« *Il ne faudrait pas croire que le diagnostic des tumeurs fibreuses est toujours facile. Celui-ci ne peut souvent être établi qu'après un examen approfondi et encore est-il parfois douteux.* »

Le praticien doit toujours apporter la plus grande réserve dans le pronostic des tumeurs fibreuses..... A moins qu'elles n'acquièrent un énorme volume, les tumeurs fibreuses ne sont qu'exceptionnellement mortelles et cependant il n'est pas rare

de voir des cas où elles déterminent des accidents ou des complications extrêmement graves. »

Tout le chapitre est plein de ces enseignements à la fois prudents et vrais. M. G. Thomas expose d'abord le traitement palliatif, puis les différents procédés d'extraction et d'énucléation et enfin l'ablation par la gastrotomie.

« *La gastrotomie ne doit être appliquée que lorsque les autres méthodes de traitement sont impraticables et que le développement de la tumeur met la vie de la malade en danger.* »

Sur le vieux continent comme aux Etats-Unis, ces honnêtes paroles ne sont pas restées sans écho. On les entendra de nouveau prononcées par des voix françaises autorisées dans le chapitre de l'ovariotomie.

L'histoire abrégée des *tumeurs fibro-kystiques et des polypes utérins* remplit les chapitres XXXII et XXXIII.

On est étonné de ne pas trouver mentionnés les polypes intermittents, variété curieuse et rare de tumeurs utérines. M. G. Thomas cite une observation qui s'y rapporte évidemment, mais il semble n'avoir pas eu l'idée de l'intermittence d'apparition.

Si le médecin de village a reconnu l'existence du polype alors qu'un gynécologiste habile l'avait méconnu, c'est que le premier a eu l'heureuse chance de toucher la malade « *au moment d'une époque menstruelle.* »

J'ai pu trois fois, en quarante ans, constater la présence de pareilles productions. La seconde malade avait été vue par un de nos confrères de Paris, aussi savant que spirituel, qui assura à la malade, femme très impressionnable et très intelligente, « que son polype était dans sa tête. » Le hasard voulut que mon examen se fit près de l'époque des règles et il fut très facile de constater un polype en battant de cloche gros comme une petite cerise. Il y avait des hémorrhagies. Je pris rendez-vous avec un confrère pour l'opérer entre deux époques. Quand j'arrivai, il n'y avait plus de polype. Quatre jours avant les règles, il reparut et fut enlevé sans accident.

Le sarcome et le cancer de l'utérus se distinguent l'un de l'autre pour M. G. Thomas en ce que le premier (*tumeurs fibreuses, tumeurs myéloides, fibroplastiques*) appartient au groupe des tissus connectifs dont il diffère cependant par la prédominance des éléments cellulaires (Virchow) de plus, il est dépourvu de capsule ce qui le différencie du myofibrome, il peut devenir le siège d'une dégénérescence véritablement cancéreuse.

Le second, le cancer vrai, s'observe sous les formes squirrhe, encéphaloïde, épithélioma ou cancroïde. Il est caractérisé par une production excessive de cellules du type épithélial, par une grande prolifération du tissu connectif, par une tendance marquée à l'extension dans les tissus voisins, à la gangrène moléculaire *et à la reproduction après l'ablation.*

Un tableau saisissant de vérité des symptômes, de la marche du cancer utérin, une ferme et prudente intervention limitée par le seul intérêt bien entendu de la malade, des conseils pleins de sagesse donnés aux jeunes praticiens, voilà le bilan de ce chapitre. »

Que penser, après l'avoir lu, de cette annonce publiée dans un journal qui parait à des intervalles irréguliers.

EXTIRPATION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS CANCÉREUX.

« *Il s'agit de trouver le moyen d'opérer sans tirer dehors les intestins.*

Et plus loin :

« *Et réellement celui qui a été temoin une fois de l'opération, surtout sur un sujet vivant, sera parfaitement convaincu de la facilité avec laquelle elle se pratique* (on sectionne la symphyse pubienne) *et ensuite de* SON INNOCUITÉ !

Or, une statistique vient à l'appui de cette thèse. Elle comprend 38 opérations. 35 femmes sont mortes et cependant l'auteur compte 12 succès. Comment de 35 morts sur 38 opérations parvient-on à extraire 12 succès. Mystère insondable, comme l'écrit M. G. Thomas. Et l'on ne dit pas combien de temps vécurent les trois miraculées.

Evidemment il se passe dans certains cerveaux un renversement analogue à celui qu'on observe pour l'utérus.

Les idées sont retournées et les mots qui les expriment sortent dans un sens opposé à leur véritable signification. Innocuité, veut dire grand danger; opération, boucherie, etc. C'est de l'inversion cérébrale. On se croirait en pleine langue cléricale ou politique.

Rendons cette justice à M. G. Thomas, son livre, sainement pensé, ne présente pas de traces de cette terrible infirmité. Il en est d'autant plus méritant que le milieu où il vit ne passe pas pour ennemi des grandes excentricités. Les outranciers de l'incision abdominale auraient des chances d'être bien reçus aux Etats-Unis, puisqu'on dit que, même en France, se rencontrent quelques très rares adeptes de cette chirurgie formidable. Leur secret est simple : qu'une femme sur dix vienne à survivre, elle chante les louanges de son opérateur pendant vingt ans. Les 9 autres ne réclament jamais. Et puis, comme disait un sceptique, la mort de quelqu'un fait toujours plaisir à quelqu'un !

L'histoire des *môles* et des différentes espèces de *dysménorrhées* et *d'hémorrhagies* est esquissée en traits rapides et offre un précis suffisant, sinon une étude complète de ces sortes d'accidents.

Elle est suivie d'un chapitre sur la *stérilité*.

C'est une question fort intéressante abandonnée pendant longtemps aux moyens empiriques, aux cierges, aux pèlerinages et aux neuvaines, et que nous nous sommes efforcé, pour notre compte, de faire rentrer dans la voie scientifique, qui est la vraie.

M. G. Thomas énumère les causes de la stérilité et sa liste est assez complète, mais il est un certain nombre de ces causes qui sont d'une rareté extrême et une en particulier tout à fait illusoire.

Jamais le rétrécissement de l'orifice *interne* du col n'a été un obstacle à la fécondation. Son obturation entraînerait forcément la stérilité, mais alors que deviendraient les règles?

Comment admettre que l'orifice *interne* du col empêche la fécondation s'il permet au sang de s'écouler, quand on songe que les *orifices internes des trompes*, imperceptibles, à l'œil nu, chez certaines primipares ne gêne point l'ascension des spermatozaires.

C'est donc là, pour nous, une idée absolument erronée, mais *l'étroitesse* et surtout la *forme* de l'orifice *externe* du col joue le plus grand rôle dans la question de stérilité.

La condition « *étroitesse* » est connue de tout le monde et se comprend tout de suite.

La condition « *forme* » est beaucoup moins vulgaire, et pour moi, elle est plus importante que l'autre. Il est impossible d'exposer ici ce sujet d'une façon complète, nous espérons le faire quelque jour.

Quant à la *fécondation artificielle* cette question me paraît accessoire à propos de la *stérilité*. Je l'ai repoussée d'abord à cause des premiers procédés répugnants et improposables dans une famille. Depuis que j'ai pu trouver un *modus faciendi* acceptable, fort bien décrit d'ailleurs par M. Lutaud, je la considère comme une dernière ressource, mais quand on étudie avec soin les deux facteurs, dans les cas de stérilité *curable*, ce n'est point exagérer de dire, qu'on n'aura pas besoin de recourir à la fécondation artificielle plus de 2 à 3 fois sur 100 couples stériles, et qu'on les fera parvenir au but, par les procédés ordinaires et naturels, ajoutons... ce qu'ils préfèrent ordinairement.

L'ovariotomie précédée d'une étude détaillée des *kystes ovariens* et des *kystomes* et de toutes les affections de l'ovaire est une des grandes questions du traité. Elle comprend un cinquième du livre. L'ovariotomie est pratiquée aujourd'hui par tous les chirurgiens.

C'est encore un des bons chapitres de l'ouvrage. M. G. Thomas qui a fait souvent cette opération n'a point abordé la question pendante sur la position à donner au pédicule, mais M. Lutaud a complété la lacune en recueillant sur ce point les opinions des divers opérateurs.

Nous ne signalerons que quelques passages au lecteur pour le mettre en garde contre un entraînement, fort à la mode, d'ouvrir le ventre des femmes à tout propos et même hors de propos.

M. G. Thomas a raison contre Kiwish quand il soutient « *qu'un kyste de l'ovaire peut disparaître par simple absorption.* »

Nous en avons une observation très concluante.

Nous avons accouché il y a vingt-sept ans la femme d'un de nos peintres français les plus connus. Cette dame portait depuis neuf ans un kyste de l'ovaire diagnostiqué par les chirurgiens compétents de l'époque. La tumeur était uniloculaire et paraissait sans adhérences, elle occupait le côté gauche et avait le volume d'une grossesse de sept à huit mois. Tous les traitements internes, usités à cette époque, avaient été employés sans succès, bien entendu.

La malade devint enceinte et la grossesse arriva à terme malgré l'énorme développement du ventre. Le kyste occupait tout le côté gauche, l'utérus tout le côté droit. Il fallut le forceps, l'enfant vint mort.

Pendant l'état puerpéral qui fut régulier, la malade eut des sueurs très modérées, jamais profuses, les urines ne furent point plus abondantes qu'à l'ordinaire et au retour des règles, le kyste avait complètement disparu et les parois abdominales, assez épaisses, ne permettaient pas d'en sentir la trace.

Quoi qu'on pût dire à la malade, elle resta convaincue que les applications de forceps dans l'excavation, guérissaient les kystes de l'ovaire !

Toutes les raisons militaient ici en faveur d'un kyste ovarien et non d'un kyste périutérin qui eût été modifié dans sa situation ou sa forme par le fait de la grossesse, ce qui n'eut pas lieu.

On est étonné de trouver dans le diagnostic différentiel des *kystes* et de la *grossesse*, la mention du *souffle placentaire!* Comment se fait-il qu'après les travaux français de ces trente dernières années on en soit encore là en Amérique

S'il y a une démonstration faite et parfaite, c'est celle de l'absence de tout rôle du placenta dans la production du souffle de la grossesse.

Il faut signaler encore et prendre bonne note des aveux d'un homme comme M. G. Thomas qu'on n'accusera certes pas d'un défaut de hardiesse.

« UN GRAND NOMBRE *d'ovariotomies qui ont été pratiquees auraient pu être évitées, si l'un de ces procédés d'exploration avait été employé.* »

Il est vrai qu'au nombre de ces procédés se trouve « L'INCISION EXPLORATRICE. » Nous la recommandons aux méditations des gynécologistes, et s'ils l'adoptent pour les femmes, nous n'avons rien à dire, si ce n'est qu'en France, l'application de ce procédé aux juments et aux génisses ne tarderait pas à émouvoir la Société protectrice des animaux.

D'un autre côté, ajoute l'auteur: « *On voit des chirurgiens* HABILES *inciser des fibroïdes utérins, des kystes des reins,* DES UTÉRUS GRAVIDES *et d'autres tumeurs pour des kystes ovariens!* »

Pauvres femmes, que fussent-elles devenues si ces chirurgiens n'eussent pas été habiles ?

Qui sait? S'ils n'eussent point été si habiles, peut-être se seraient-ils abstenus.

Malheureuses femmes, on ne vous eût autopsiées qu'après votre mort !

Voilà le sort qui vous attendait avec des praticiens ordinaires.

Et des médecins prétendent même qu'il existe, dans certaines grandes villes du continent, des *rabatteurs* de gros ventres, ces Liwingstones du fibrome et du kyste se chargent, moyennant remises, de diriger les victimes à la portée du bistouri de l'*ouvreur* principal. Pour l'honneur de notre médecine, nous ne croyons pas que de semblables vilenies se voient dans notre pays. Toujours est-il qu'aujourd'hui, on fend en Europe plus de ventres qu'à Yedo. Le moment paraît venu de mettre un

frein à ce massacre d'abdomens féminins, et de modérer un peu cette chirurgie trop japonaise.

Aussi partout déjà la réaction se fait contre ce dévergondage chirurgical.

Les voix les plus honorables et les plus autorisées commencent à se faire entendre; mes éminents collègues MM. Gosselin, Richet, Verneuil, Trélat dans ce journal même, Tillaux à l'Académie, et bien d'autres encore saisissent à l'heure présente, toutes les occasions de formuler leur avis sur cette chirurgie malsaine, ne reculant devant rien et qui finirait par déconsidérer l'art et la science.

Certes, les hommes qu'une juste renommée a placés à la tête des diverses branches de la médecine n'ont jamais, chez nous, encouru le reproche de timidité, c'est un mot qui sonne mal quand on l'applique au caractère français; mais, et ce sera l'éternel honneur des chirurgiens de notre pays, ils ont toujours eu le respect de la vie des malades, ils n'ont jamais oublié qu'un grand nombre de femmes portent certaines tumeurs abdominales pendant dix, quinze, vingt et trente ans, que ces femmes vivent, et qu'il vaut mieux soulager leur état par des palliatifs inoffensifs que de leur faire une opération qui les tuera en quarante-huit heures.

Notre collègue et ami M. Tillaux comme M. G. Thomas lui-même ont posé la règle :

Quand la mort n'est pas douteuse dans un avenir prochain et qu'il s'agit d'une tumeur qui ne récidive pas, sauf contre-indication l'opération est proposable ; mais pour les fibromes, par exemple, sans avoir épuisé le traitement médical palliatif, si ouvrir le ventre est une opération condamnable, en revanche ce n'est pas une opération difficile et l'on voit des chirurgiens de troisième ordre l'exécuter (et la malade aussi trop souvent hélas) tout aussi bien que les maîtres.

Même pour les polypes utérins, et ce sont de toutes les tumeurs celles qui se prêtent, sans contredit, le mieux à l'opération. Il faut écouter ce qu'en dit M. G. Thomas.

« *Telle malade qui a succombé à une tentative d'ablation au-*

rait non seulement vécu des années si elle eût été soumise à un traitement palliatif, mais l'opération eût été, plus tard, sans danger. »

Quant à l'ablation de l'utérus cancéreux, par l'incision abdominale ou par le curage interne, c'est par un sentiment de respect confraternèl que nous ne voulons pas qualifier de pareilles tentatives.

Le chapitre *ovariotomie* se termine par quelques pages sur ce qu'on appelle l'opération de *Batey*. C'est une question neuve. Le temps dira ce qu'on en doit penser.

Enfin, quelques pages sur ce que nous savons des *maladies des trompes* et un court exposé de l'histoire de la *chlorose* terminent ce volume de sept à huit cents pages.

En résumé, ce traité sera bientôt entre les mains des élèves et de tous les jeunes médecins. Les gynécologistes instruits y trouveront aussi à glaner des remarques pratiques dues à la grande expérience de l'auteur.

Si quelques dissidences se sont montrées entre nos idées personnelles et celles que l'on trouvera dans ce livre, nos confrères jugeront de quel côté se rencontrent les arguments les plus solides.

Mais déjà une partie de la presse médicale française s'est prononcée favorablement sur l'ensemble de l'ouvrage et nous ne pouvons que nous associer à ses jugements.

Avertis par cette étude qui, à défaut d'autre mérite, présente celui de la bonne foi, d'absence de préjugés et de parti pris, les lecteurs décideront si, dans cette œuvre remarquable à plus d'un titre, ils doivent accepter toutes les théories et toutes les méthodes de l'auteur, ou si les raisons et les faits qne nous avons indiqués à propos de certaines questions, leur semblent d'une valeur suffisante pour nous concilier leur assentiment.

L'homme, rempli de dignité professionnelle et de savoir, qui a écrit ce traité ne nous contredira pas, si nous terminons cet examen par cette pensée, essence même de son travail

En chirurgie, les dons de l'intelligence, l'habileté manuelle,

les acquisitions de l'expérience et de l'étude ne conduiront qu'à une pratique déshonnête et funeste, si ces qualités ne sont pas commandées par une sincérité et une conscience droite, prudente, hardie et toujours prête à accepter, pour les siens ou pour soi, l'opération proposée.

Le livre de M. G. Thomas est basé sur ce principe.

M. Lutaud a rendu service à la science française en nous faisant connaître le traité de notre éminent collègue et le lecteur s'apercevra vite que l'éditeur M. Lauwereyns, n'a rien négligé pour placer l'exécution matérielle à la hauteur du mérite de l'œuvre.

Professeur PAJOT.

REVUE DE LA PRESSE

DE LA CEINTURE EUTOCIQUE DANS LES PRÉSENTATIONS VICIEUSES. (1)

Par Alphonse Hergott,
Agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Wigand (2), en étudiant dans son mémoire sur la *Version par manœuvres externes* les différents moyens par lesquels on peut prévenir une présentation anormale pendant la grossesse, s'exprimait en ces termes : « L'idéal de toute science et de tout art, le but suprême de leurs efforts, doit être de rendre leur intervention inutile. La vraie obstétricie ne doit pas seulement s'occuper des moyens et des méthodes propres à corriger une situation anormale, elle doit faire un pas de plus, et s'efforcer de rendre impossible cette situation anormale, et par là rendre

(1) Extrait de la *Revue médicale de l'Est*, 15 février 1880.

(2) *De la version par manœuvres externes*, par Vigand, traduction du Dr F. J. Herrgott. Paris, 1857, p. 35.

inutile l'intervention de l'art. Quoique ce but louable ne puisse jamais être entièrement atteint, il ne faut pas moins y tendre et accepter avec empressement les moindres efforts qui pourraient nous en rapprocher. »

La ceinture que le D[r] Pinard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a inventée et à laquelle il a donné le nom de *ceinture eutocique*, semble atteindre le but indiqué par l'éminent accoucheur de Hambourg.

Cette nouvelle ceinture est destinée à prévenir le retour d'une présentation vicieuse corrigée et régularisée pendant la grossesse; elle est donc, on le voit, appelée à rendre de grands services aux accoucheurs, si elle remplit toutes les indications que nous venons d'indiquer.

M. Pinard a-t-il atteint le but qu'il s'était proposé?

Les lignes qui vont suivre le démontreront. Mais avant de donner une description de cette ceinture, il est indispensable, afin d'en bien comprendre le mode d'action, d'examiner brièvement *les causes de présentations vicieuses*.

Le plus ordinairement le fœtus est dans la cavité utérine, ainsi que le disait Hippocrate, semblable à un noyau d'olive contenu dans une bouteille à goulot étroit, se présentant au niveau du détroit supérieur par l'une ou l'autre extrémité de son long diamètre. Dans ce cas le grand axe de la cavité utérine se confond avec le grand axe de l'ovoïde fœtal, ce dernier étant le plus souvent parallèle avec l'axe pelvien; la présentation alors est dite régulière et l'accouchement peut s'effectuer spontanément, si les rapports entre le fœtus et le canal génito-pelvien sont normaux. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et le grand axe de l'ovoïde fœtal peut ne plus se confondre avec le grand axe de la cavité utérine ou ne plus être parallèle avec l'axe pelvien. Cette situation irrégulière du fœtus pendant la grossesse pourra aboutir au moment du travail à une présentation vicieuse, transversale, qui le plus souvent finira par être une présentation de l'épaule.

Les accoucheurs ont depuis longtemps déjà recherché quelles pouvaient être les causes de telle ou telle présentation; pourquoi,

le plus souvent, le fœtus se présentait par l'extrémité céphalique; pourquoi, dans certains cas, c'était l'autre extrémité de l'ovoïde fœtal qui, au début du travail, se trouvait en rapport avec le détroit supérieur ; pourquoi, enfin, on observait quelquefois une présentation de l'épaule. Les théories émises pour expliquer la cause de ces diverses présentations sont trop nombreuses pour être rapportées ici, nous nous bornerons à ne mentionner que les plus célèbres d'entre elles, en rappelant, toutefois, le travail de Cohustein (1), qui contient un historique très complet du sujet qui nous occupe et auquel nous ferons de fréquents emprunts, ainsi que le livre de M. Pinard (2) sur *le Traité du palper abdominal.*

La théorie la plus ancienne qui a régné dans la science jusqu'au milieu du XVIe siècle, est celle d'Hippocrate. D'après lui, le fœtus contenu dans la cavité utérine avait la tête en haut, le siége directement situé au-dessus du détroit supérieur pendant les sept premiers mois de la gestation. A partir de cette époque, les membranes où il a été nourri et qui partent de l'ombilic cèdent, se rompent; l'embryon se déplace alors et tourne sur lui-même. Car « tous sont produits ayant la tête en haut, et la plupart viennent au monde en avant, accouchement qui est plus sûr que l'accouchement par les pieds ; les parties du corps pliées n'empêchent pas l'enfant d'aller par la tête ; mais, quand il va par les pieds, les obstacles sont plus grands. Les rotations dans le ventre de la mère sont encore un autre péril ; plus d'une fois on a vu le cordon ombilical entortillé autour du cou de l'enfant. Si, en effet, le cordon ombilical, étant étendu le long de la matrice vers une partie plutôt que vers une autre, quelle qu'elle soit, *l'enfant fait sa culbute* de ce côté, nécessairement le cordon s'enroulera autour du cou ou de l'épaule, résistera, et

---

(1) Cohnstein. *Etiologie des présentations normales du fœtus* (*Mcnatschrift f. Geburtskunde*, XXXI, 141, 1868, et *Archives générales de medecine*, 1869, vol. II, p. 443; et 1870, vol. II, p. 482).

(2) Pinard. *Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes.* Paris, Lauwereyns, 1878.

il en résultera et que la mère souffrira davantage et que l'enfant ou périra ou sortira plus difficilement (1). »

Quant à la force qui produit l'accouchement, Hippocrate la fait résider tout entière dans le fœtus. « Quand le terme de l'accouchement arrive, dit-il, alors l'enfant, se mouvant et agitant les pieds et les mains, rompt quelqu'une des membranes intérieures. Les membranes étant rompues, le fœtus se délivre du lien et chemine au dehors en s'agitant... Chemin faisant, l'enfant force et dilate les matrices dans le passage, attendu qu'elles sont molles. Il chemine la tête en avant si les choses se passent naturellement ; car, *chez lui, les parties supérieures sont plus lourdes*, pesées à partir de l'ombilic (2). »

Cette théorie qui regardait le fœtus comme le principal instrument de l'accouchement a eu pendant bien longtemps cours dans la science. Buffon se fondant sur ce que l'expulsion du fœtus a quelquefois lieu après la mort de la mère, était encore un partisan de la doctrine hippocratique.

Mais, pour le père de la médecine, le fœtus ne jouait pas seulement un rôle actif dans son expulsion hors des voies génitales maternelles, c'était encore en lui qu'il plaçait la cause de la durée de la gestation; si la grossesse ne dépasse pas le terme habituel c'est que « la nourriture et l'accroissement fournis par la mère ne suffisent plus à l'enfant quand les dix mois sont passés et qu'il a grandi. Il attire à soi la partie du sang la plus douce et il profite aussi un peu du lait. Quand ces sources deviennent trop peu abondantes, et qu'il a grossi, il désire plus de nourriture qu'il en a actuellement, il s'agite et rompt les membranes. Les primipares sont plus sujettes que les autres à ces accouchements prématurés; chez elles, la nourriture manque aux enfants pour les entretenir jusqu'aux dix mois (3). »

Ainsi d'après Hippocrate, le fœtus, dans la cavité utérine, a la tête en haut pendant les sept premiers mois, à partir de cette

(1) Hippocrate. *Œuvres complètes*, traduction E. Littré, VII, 453.

(2) *Id.*, VIII, 531.

(3) Hippocrate. *Œuvres complètes*, VIII, 535.

époque ordinairement il tourne sur lui-même et ne tarde pas à sortir du sein maternel, n'y trouvant plus une nourriture suffisante à son développement.

Cette théorie de la culbute devait être pour Hippocrate purement hypothétique, car lorsqu'il parle de la situation de l'enfant dans l'utérus, il s'exprime en ces termes : « L'enfant, dans les matrices, a les bras appuyés aux mâchoires et la tête près des pieds. Il n'est pas possible de décider, quand même vous verriez l'enfant dans les matrices, *si la tête est en haut ou en bas*. De l'ombilic partent des membranes qui le retiennent (1). »

Il est probable qu'ayant observé que dans les accouchements avant terme les présentations autres que celles de l'extrémité céphalique étaient relativement beaucoup plus fréquentes, il en avait conclu qu'à partir du septième mois le fœtus tournait sur lui-même pour faciliter sa sortie, car les moyens de reconnaître la situation fœtale que nous trouvons rapportés dans ses écrit, n'étaient pas de nature à fournir des renseignements bien précis. « Il faut remarquer chez une femme laquelle des deux mamelles est la plus grosse, *car c'est de ce côté qu'est le fœtus* ; de même pour les yeux, l'œil sera le plus grand, et tout ce qui est en dedans de la paupière plus brillant, du côté aussi où la mamelle est plus grosse (2). »

Nous nous sommes peut-être un peu longuement étendu sur les idées hippocratiques relatives à l'accouchement, mais nous avons cru devoir agir ainsi, afin de montrer que presque toutes les théories qui considèrent le *fœtus comme véritablement actif* dans le travail de la parturition, ont en général leur point de départ dans les livres du père de la médecine.

Ainsi la théorie de la pesanteur attribuée à Aristote, qui croyait que le fœtus se présentait par la tête, parce que cette partie de l'organisme fœtal était la plus lourde. se trouvait déjà ainsi que nous l'avons indiqué, contenue dans les écrits d'Hippocrate. Cette hypothèse est encore partagée par Veit et par

(1) *Id.*, VII, 529.
(2) *Id.*, VIII, *De la superfétation*, 487.

Mathews Duncan, malgré les travaux de Dubois qui en a expérimentalement démontré l'inexactitude; mais, si cet illustre accoucheur niait l'influence de la pesanteur dans l'étiologie des présentations, il considérait néanmoins le fœtus comme étant, par ses *déterminations instinctives et volontaires*, l'agent actif de son expulsion dans telle ou telle présentation, se ralliant de la sorte aux idées d'Ambroise Paré, qui n'était lui-même, comme on a pu le voir par les passages que nous venons de rapporter, qu'un défenseur de la doctrine hippocratique.

Simpson, tout en partageant les idées de Dubois, croyait que c'était à la suite de *mouvements réflexes* que le fœtus se plaçait dans une situation déterminée; ainsi pour lui c'était encore, comme le croyait Hippocrate, le fœtus qui était la cause de son mode de présentation.

Tous ces auteurs, en ne considérant dans l'étude des causes des présentations que le fœtus, n'ont envisagé qu'une partie du problème, la question est plus complexe. Sans doute le fœtus joue un rôle dans le mécanisme de son expulsion en telle ou telle position, mais ce rôle est passif; il le doit non à des mouvements instinctifs ou volontaires, comme le veulent les partisans de la doctrine hippocratique, mais à la forme même de son organisme et à la situation accroupie qu'il prend dans l'utérus. Ainsi fléchi sur lui-même, le fœtus à terme a la forme d'un ovoïde dont la grosse extrémité est constituée par le siège et les membres inférieurs.

Or, c'est précisément cette forme ovoïde qui est la *cause fœtale* mais *secondaire* de telle ou telle présentation, la véritable cause de la situation du produit de conception dans la cavité utérine à la fin de la grossesse, doit être recherchée dans l'utérus lui-même; c'est dans cet organe et non dans son contenu que nous devons trouver la *cause première* de la présentation fœtale.

Galien (1) parle déjà, il est vrai, de la forme de l'utérus gravide lorsqu'il dit: « *Fœtus vero circumfusa humiditas et lubrici-*

(1) Edition C. G. Kühn. Leipzig, 1823. Chap. 7, *De definitionibus medicis.*

tas atque uteri figura, qui quum impletur, tumescit in globum.»

Arantius (1) pensait également que si la tête était en haut, c'était parce que l'utérus, qui a la forme d'un œuf, était mieux disposé pour loger la tête dans sa partie supérieure qui était la plus spacieuse et, lorsque le terme approchait, le fœtus, à cause du manque d'espace et de nourriture, se retournait sur lui-même ; mais c'est surtout aux accoucheurs modernes qu'il appartenait de démontrer les rapports qui existaient entre l'utérus et le fœtus et qu'elle était l'action de l'un sur l'autre.

Ces rapports et cette action sont nettement résumés par Cazeaux (2) dans les dernières éditions de son si remarquable *Traité* : « Si l'on réfléchit, en effet, dit-il, que l'utérus, se développant dans les six premiers mois aux dépens de son fond, est très évasé à sa partie supérieure, très étroit, au contraire, dans son segment inférieur, ne voit-on pas que l'extrémité pelvienne, qui, dans l'état de pelotonnement où se trouvent les membres inférieurs, constitue une masse beaucoup plus volumineuse que la tête, doit tout naturellement se loger dans le point le plus élargi de l'organe, c'est-à-dire vers le fond, et, par conséquent, la tête se porter vers le col ? Sans aucun doute, dans les trois derniers mois, la partie inférieure s'évase presque autant que le fond de la matrice ; mais alors la longueur verticale du fœtus est trop considérable pour qu'il puisse traverser le diamètre transversal de l'utérus, et à moins de circonstances exceptionnelles, il reste forcément dans la situation qu'il avait d'abord prise... En un mot, le fœtus, renfermé dans un vase clos, sans cesse agité par des mouvements, doit, non pas instinctivement, mais mécaniquement, être placé dans la position où les parties les plus volumineuses correspondent aux points les plus spacieux de l'organe. »

M. le professeur Pajot (3) a donné la formule suivante des

(1) *De Humano fœtu opusculum*. Bologne, 1564, § 70.

(2) *Traité théorique de l'art des accouchements*, 9e éd., p, 206.

(3) Article Accouchement in *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, p. 384.

principes de l'accommodation : « Quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenu est le siège d'alternatives de mouvement et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant. »

Cette loi confirme la proposition défendue par mon père (1) en 1839, dans sa thèse inaugurale, et qui déjà avait été soutenue par Wigand en 1812, et par Bœr et Saxtroph, à savoir que c'est la *forme de la matrice qui détermine la présentation du fœtus*, et que la forme anormale de l'utérus était la cause et non l'effet de la position vicieuse du produit de conception.

Mais l'utérus seul ne suffit pas toujours à maintenir le grand axe de l'ovoïde fœtal parallèle à l'axe pelvien. La forme ovoïde de cet organe peut aussi se modifier, devenir globuleuse, et son contenu ne serait plus sollicité à se présenter d'une façon régulière, l'accommodation ne se ferait plus ou se ferait mal, si un nouveau facteur, *la paroi abdominale*, dont M. Pinard a récemment démontré toute l'importance, n'intervenait pour corriger ce que j'appellerai volontiers cette *indifférence* dans la forme et dans la situation de l'utérus. La paroi abdominale, en effet, par la tonicité et l'élasticité de ses muscles, régularise la forme de l'utérus, de plus en le pressant de toutes parts, mais surtout latéralement, elle l'empêche de s'éloigner de la ligne médiane et maintient ainsi le parallélisme entre l'axe de l'ovoïde utérin, de l'ovoïde fœtal et celui du détroit supérieur.

Malheureusement, ainsi qu'on l'observe souvent à la suite de grossesses répétées, la tonicité de ces muscles abdominaux trop fréquemment ou trop violemment distendus peut faire défaut, le rôle de cette paroi régularisatrice disparaîtra.

Le fœtus n'étant plus, à la fin de la grossesse, sollicité par la paroi utérine et par la paroi abdominale à s'engager et à se fixer dans l'excavation, sera, au début du travail, saisi par les contractions dans la situation où il se trouve ; mais, comme le pa-

(1) F. J. Herrgott. *Essai sur les différentes variétés de forme de la matrice*. Th. de Strasbourg, 1839, p. 30.

rallélisme des axes n'est plus forcé, la présentation pourra être irrégulière et la vie de la mère et celle de l'enfant être exposées à de grands dangers.

Suppléer la paroi musculaire de l'abdomen de manière à régulariser la forme de l'utérus et à rétablir le parallélisme entre les trois axes, utérin, fœtal et pelvien, tel a été le but que s'est proposé notre excellent ami A. Pinard, en faisant exécuter par M. R. Mathieu l'appareil qu'il a appelé *ceinture eutocique.*

Cette ceinture, véritable appareil de prothèse utérine, est destinée à donner « à la paroi abdominale le ressort qui lui manque, à la paroi utérine le soutien qui lui fait défaut. »

Cette ceinture se compose de trois parties : une pièce droite

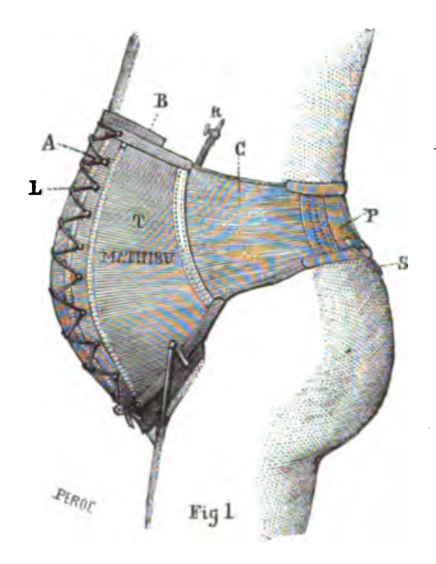
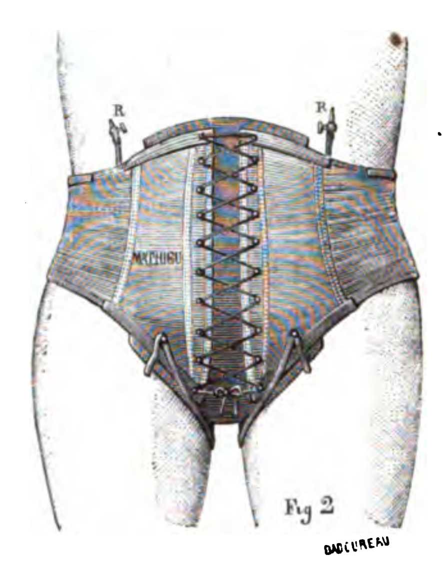


Fig 1

et une pièce gauche, plus une pièce intermédiaire qui forme le complément de la partie antérieure.

Les parties postérieure P et antérieure T sont en coutil renforcées par des baleines et réunies sur le côté par un tissu élastique C, en arrière par des boucles avec courroies en tissu, de manière à pouvoir, suivant l'ampleur de l'abdomen, allonger ou raccourcir la ceinture. Des œillets en crochets appelés œillets

américains, placés sur la partie antérieure, permettent de passer un lacet.



Une bande de coutil garnie de flanelle B, destinée à être placée directement sur la paroi abdominale avant de fixer la ceinture, empêche le contact dur du lacet et rend supportable une forte compression.

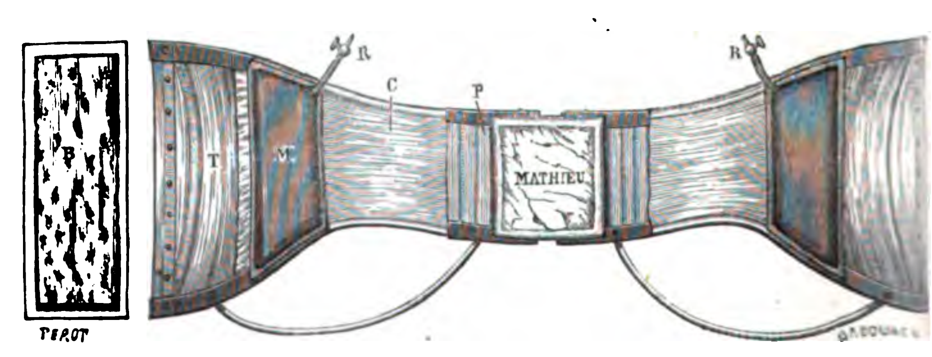


FIGURE 3.

En outre, M. Pinard, afin de pouvoir augmenter à volonté la

pression exercée par les parois latérales et remplacer ainsi plus exactement l'action des muscles situés sur les côtés de l'abdomen, a eu soin de faire ajouter à droite et à gauche, sous le tissu élastique de cette ceinture, deux coussins à air M, que l'on peut insuffler plus ou moins par l'ajutage R qui s'y trouve appendu. Grâce à ce dernier et récent perfectionnement, la pression latérale est plus efficace et le fœtus mieux placé.

Des sous-cuisses empêchent la ceinture de remonter.

Les cas dans lesquels il est indiqué de faire usage de cette ceinture sont très nets.

Toutes les fois que vers le huitième mois l'extrémité céphalique, par suite du défaut d'accommodation du fœtus avec la paroi utérine ou la paroi abdominade, n'aura pas de tendance à s'engager, à se fixer dans l'excavation, la ceinture eutocique devra être appliquée.

Mais avant de régulariser la présentation fœtale, il faut avoir soin de passer la ceinture sous les reins de la femme, afin qu'elle ne soit plus obligée de se soulever une fois que le fœtus aura été mis dans la situation que l'accoucheur désire lui donner. De pareils mouvements, en effet, suffiraient pour le déplacer et lui permettre de reprendre sa présentation primitive.

En outre, il faudra dans tous les cas, avant de fixer la ceinture, s'assurer par le toucher que la tête est au-dessus de l'excavation.

Afin que le port de cette ceinture ne soit pas trop pénible, on n'exercera pendant les premiers jours qu'une compression modérée ; on l'augmentera peu à peu les jours suivants, en resserrant graduellement les boucles situées à la partie postérieure ; ainsi placée cette ceinture a toujours été bien supportée jusqu'au moment où l'accoucheur l'enlève, soit avant le travail, lorsque la tête est fixée dans l'excavation, soit seulement après la rupture de la poche des eaux, alors que la dilatation est complète, quand la tête, restée au niveau du détroit supérieur, ne plonge pas dans la cavité pelvienne.

M. Pinard justement frappé de la différence qui existe dans la mortalité des enfants qui se présentent par le siège, com-

parée à celle dans les cas où c'est l'extrémité céphalique qui se trouve en rapport avec le détroit supérieur, conseille de transformer pendant la grossesse par des manœuvres externes, toutes les fois que faire se pourra, les présentations pelviennes en présentations céphaliques et de maintenir à l'aide de la ceinture eutocique le fœtus dans cette dernière situation. En effet, si nous consultons la statistique donnée par les auteurs de la mortalité fœtale dans les présentations du siège, nous trouvons qu'elle serait de $\frac{1}{7}$ d'après Mme Lachapelle, de $\frac{1}{3}$ d'après Hégard, tandis que ce rapport ne serait que de $\frac{1}{100}$ d'après Dubois et même de $\frac{1}{200}$ d'après M. Tarnier. Dès lors on comprend l'avantage considérable à transformer pendant la grossesse, comme le veut M. Pinard, une présentation pelvienne en une présentation céphalique.

Mais c'est surtout quand l'accommodation ne se fait pas ou se fait mal et qu'une présentation de l'épaule est à craindre, et que la ceinture eutocique, en corrigeant la forme de l'utérus et en suppléant la tonicité de l'abdomen, est appelée à rendre de grands services dans la pratique obstétricale. Aussi son emploi est-il indiqué toutes les fois que la présentation de l'épaule n'est pas le résultat de la forme irrégulière ou anormale de la cavité utérine, comme cela s'observe dans les présentations du tronc qui sont commandées, *forcées* par les lois même de l'accommodation.

La ceinture ne pourra encore être placée quand la paroi abdominale ou la paroi utérine n'aura pas d'action sur la situation fœtale, comme cela s'observe dans l'hydramnios. L'existence de plusieurs fœtus dans l'utérus sont encore, on le comprend, une contre-indication à l'emploi de la ceinture. L'évolution régularisatrice de l'un des fœtus étant gênée par la présence de l'autre.

A part ces quelques exceptions, on peut poser le principe suivant et dire que toutes les fois que le fœtus se présente par l'épaule, il faut pratiquer la version par manœuvres externes, ramener la tête au niveau de l'excavation et *la fixer* à l'aide de la ceinture.

Dès lors la version par manœuvres externes qui n'était prati-

cable, ainsi que le disait M. Tarnier, que dans des cas exceptionnels et qui le plus souvent était ou inutile pendant la grossesse (la tête ramenée au niveau du détroit supérieur reprenant, dès que la pression cessait, sa situation irrégulière primitive), ou impossible pendant le travail, si l'épaule était engagée et fixée, deviendra une opération réellement facile et efficace : facile par le moment où l'opération est pratiquée, efficace par la fixité que donne la ceinture à la position régularisée.

En décrivant la version par manœuvres externes, Vigand s'était efforcé de rendre « impossible la situation anormale du fœtus », la ceinture eutocique du Dr Pinard, en permettant de régulariser en temps opportun cette situation anormale, est un heureux complément de cette opération, car elle est destinée à rendre utile, efficace et facile l'œuvre de l'accoucheur de Hambourg.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

De la formation des ovules et de l'ovaire des Mammifères et les Vertébrés ovipares, note de M. O. Cadiat, présentée par M. Robin. — « Il est généralement admis, depuis les recherches de Valentin, de Pflüger et surtout de Waldeyer, que l'ovule se forme avant l'ovaire et qu'il apparaît chez le Poulet au quatrième jour d'incubation, au milieu des éléments dits *de l'épithélium germinatif*.

» D'après Waldeyer, cet épithélium formerait, dans l'épaisseur de de l'éminence génitale, des involutions au milieu desquelles naîtraient des ovules. Ces involutions, ayant forme de tubes, se segmenteraient autour de chaque ovule de façon à délimiter une sorte de petit kyste rempli d'épithélium. L'ovule occuperait la partie centrale de cette masse épithéliale, et les cellules enveloppantes deviendraient l'épithélium du follicule. Ainsi se trouverait constituée la vésicule de de Graaf. D'après cela, tous les éléments de l'épithélium dit *germinatif* qui ne prendraient pas le caractère d'ovules serviraient à former l'épithélium de l'ovisac. Les recherches auxquelles je me suis livré sur ce sujet me permettent d'affirmer :

» 1° Que l'épithélium germinatif et l'ovaire lui-même ne renferment de véritables ovules qu'à une période avancée du développement, alors que les organes génitaux externes permettent déjà de différencier les sexes;

« 2° Que l'épithélium de la vésicule de de Graaf a une toute autre origine que la couche de revêtement de l'éminence génitale dite *épithélium germinatif.*

» Les ovules et les vésicules de de Graaf dérivent d'éléments que l'on peut reconnaître, au milieu des cellules de l'épithélium germinatif, du quatrième ou cinquième jour d'incubation chez le poulet Ces éléments beaucoup plus nets plus tard, très visibles sur des embryons de mouton de 0m,07 à 0m,08 de long, ont au début 0mm,01 de diamètre.

« Ils possèdent de très bonne heure une paroi épaisse très facile à distinguer. Cette paroi joue, comme nous le verrons, un rôle important dans la physiologie de l'élément. Le corps cellulaire est très granuleux; il offre déjà des anologies d'aspect avec le vitellus de l'ovule Cet élément n'a d'abord pas de noyau, mais un ou deux nucléoles volumineux. Nous lui donnons le nom d'*ovoblaste.* Celui d'*ovule primordial* ne convient pas, car ce n'est que beaucoup plus tard qu'apparaissent la membrane vitelline, la germinative, etc., et toutes les parties qui constituent l'ovule.

» Sur l'ovaire d'embryon de mouton de 0m08, les ovoblastes plus ou moins développés forment une couche continue, comme un épithélium de revêtement. On ne peut, en effet, distinguer de différences appréciables entre les cellules que nous venons de décrire et les plus petites qui les entourent. De cette couche superficielle partent des prolongements irréguliers s'enfonçant dans la trame de l'ovaire et remplis par les mêmes éléments. Ce sont ces prolongement tubuleux qui ont reçu le nom de *tube de Pflüger.* Pour nous, tous les éléments que renferment ces tubes sont des *ovoblastes.* D'après Waldeyer au contraire, les ovules primordiaux et les cellules destinées à l'épithélium folliculaire seraient mélangés dès le début. D'après Kölliker, des prolongements du mésovaire, formés d'épithélium, viendraient à la rencontre des involutions de l'épithélium germinatif, entoureraient chaque ovule primordial; puis un travail de séparation, se faisant sur les tubes de Pflüger, formerait autant de vésicules de de Graaf qu'il y a d'ovules. Nous pouvons affirmer que les vésicules de de Graaf se forment d'une façon toute différente: c'est l'ovoblaste lui-même qui

donne naissance à tout l'ensemble de l'épithélium folliculaire, de la paroi du follicule et de l'ovule.

» Sur des embryons de brebis, longs de 0m,08, 0m,12, 0m18, 0m,23 et 0m,25, il est facile de suivre, comme nous l'avons fait, l'évolution de ces éléments.

» On voit d'abord (jusqu'à 0m,12) les ovoblastes augmenter de volume, acquérir des noyaux et des nucléoles, se segmenter sous leur paroi autour de ces noyaux. Plus tard, quand l'embryon de mouton atteint 0m,18 et 0m,20, l'ovoblaste donne à sa surface des gemmes comme ceux du globule polaire, mais beaucoup moins nets. Dans ces expansions du corps cellulaire naissent des noyaux, et ainsi se forme une enveloppe de cellules épithéliales qui s'isolent peu à peu du corps cellulaire primitif.

» La paroi persiste, recouvrant le tout. Dès lors, à cette époque, on peut voir que presque tous les ovoblastes se transforment en vésicules de de Graaf par le processus indiqué plus haut. Ces vésicules restent groupées en amas jusqu'à l'âge adulte, comme l'étaient les ovoblastes des cordons de Pflüger.

» Au moment où se produit cette formation d'épithélium folliculaire, la cellule centrale acquiert un gros noyau un peu transparent et un nucléole correspondant, le premier à la vésicule germinative et le second à la tache germinative. Son corps cellulaire se remplit de grosses granulations jaunâtres et réfringentes. Alors à cette époque, on peut lui reconnaître les caractères véritables d'un ovule auquel il ne manque que la membrane vitelline. Celle-ci, d'après ce que nous venons de voir, n'a aucun rapport avec la paroi primitive de l'ovoblaste.

» Les premières cellules de l'épithélium folliculaire étant formées comme nous venons de le dire, elles se multiplient par segmentation de façon à constituer cette masse qui remplit la vésicule de de Graaf. On voit que cet épithélium, loin de former l'ovule, comme le pensait Waldeyer, en est un dérivé. Or, chez les Ovipares, il joue un rôle important dans la constitution du vitellus nutritif (1). »

(*Séance du* 23 *février. Compte-rendu hebd. des séances de l'Acad. des sciences.*)

---

(1) Chez les vertébrés ovipares, en effet, le développement des ovules se fait exactement comme chez les mammifères, pendant la première période; mais au moment où l'ovule véritable est formé et se trouve entouré sous la paroi de l'ovoblaste, par l'épithélium folliculaire, ce dernier, au lieu de se multiplier

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. le secrétaire général donne lecture, au nom de M. Lizé, du Mans, membre correspondant, d'une observation intitulée :

Présentation de l'épaule droite (Céphalo-iliaque gauche) avec procidence du bras droit; rétraction utérine, compliquée de rétrécissement du bassin; éviscération partielle combinée avec l'embryotomie par détroncation. Extraction successive des deux parties fœtales; mort de la mère.

(*Séance du* 8 *octobre* 1879.)

Considérations à propos de l'ovariotomie. — M. Tillaux. L'opération de l'ovariotomie est devenue, en quelque sorte, banale et il est vraiment inutile de publier celles qui n'offrent rien de spécial. Mais il peut se présenter des particularités qui méritent d'être signalées, il y a des détails de médecine opératoire encore peu connus, et c'est à ce titre que je vous demande la permission de vous entretenir du fait suivant :

Il s'agit d'une femme de 34 ans, que j'ai opérée le 30 mai aux environs de Paris.

Le kyste, qui était assez volumineux, puisqu'il contenait 12 litres de liquide, avait été ponctionné plusieurs fois ; mais en interrogeant la malade, j'appris que ce kyste avait deux fois disparu spontanément et, d'après les détails donnés par la malade, le kyste s'était vidé dans la vessie.

Je rencontrais donc un cas de kyste déhiscent dans la vessie, cas qui ne sont pas très rares et dont j'avais eu l'occasion, il y a peu de temps, d'observer un exemple dans mon service où l'on avait apporté une femme présentant les symptômes de la péritonite aiguë. Cette femme racontait qu'elle avait une bosse dans le ventre, qui s'était rompue la veille. La guérison fut complète et, quelques mois après sa sortie, cette femme venait me demander un certificat consta-

---

comme chez les mammifères, travaille à former le vitellus de nutrition. Il se réduit peu à peu à mesure que ce vitellus augmente et disparaît à une époque variable suivant les animaux. D'après cela, l'enveloppe du jaune n'est pas la membrane vitelline : c'est la paroi de l'ovoblaste hypertrophié, de telle sorte que l'œuf des squales et le jaune de l'œuf d'oiseau sont les analogies d'une vésicule de de Graaf.

tant le genre d'accidents qu'elle avait éprouvés, car on la soupçonnait d'avoir voulu dissimuler un avortement.

Ma seconde malade fut moins heureuse, puisque le kyste se remplit de nouveau, et je me décidai à pratiquer l'ovariotomie.

L'opération fut faite par le procédé ordinaire, avec le pansement de Lister dans toute sa pureté ; je ne rencontrai quelques adhérences qu'à la partie antérieure que je détruisis facilement, mais, lorsque je fis basculer le kyste en avant, je m'aperçus que j'entraînais un autre organe qui n'était autre que la vessie.

Il me fut impossible de séparer cette adhérence ; il existait une fusion complète de la face postérieure de la vessie et de la paroi du kyste. Je fendis alors le kyste et, avec des ciseaux, je découpai la portion de la paroi du kyste adhérente à la vessie ; je laissai ainsi une véritable pièce à la paroi postérieure de la vessie. Cette portion de paroi était tellement vasculaire, qu'il me fallut presqu'une demi-heure pour obtenir une hémostase complète en posant une quantité considérable de points de suture.

Malgré ces deux circonstances particulières, déhiscence du kyste dans la vessie et adhérence tellement intime du kyste et de la vessie, que je fus forcé de laisser un morceau de la paroi du kyste, la guérison ne présenta aucun accident et j'obtins une réunion totale par première intention. Cette réunion totale par première intention n'a pu s'obtenir que parce que je fis la réduction du pédicule dans l'abdomen.

Au début de l'ovariotomie, on laissait, dans l'angle inférieur de la plaie, le pédicule maintenu en dehors par le clamp ; aujourd'hui, plusieurs chirurgiens français et étrangers ont conseillé la méthode que j'ai suivie dans cette opération, ligature, avec un fort fil de catgut, du pédicule que l'on réduit et que l'on abandonne dans l'abdomen.

Ce second procédé est-il préférable au premier et doit-il être employé exclusivement ? Voilà un point que je serais heureux de voir discuter par la Société de chirurgie, car je suis disposé à admettre que ces deux procédés ont leur emploi particulier.

Dans les cas de pédicule étroit, je crois préférable de le lier et de l'abandonner dans l'abdomen.

Dans les cas de pédicule large, de le laisser dans la plaie ; mais dans les cas où le pédicule est large, mais assez court pour amener le tiraillement des parties profondes, je crois qu'il est plus avantageux de le subdiviser par plusieurs ligatures et de faire la réduction.

Discussion.

M. Boinet. Les cas de rupture du kyste ne sont pas très rares, et j'ai pu observer plusieurs cas de guérison.

Je citerai une femme présentant un kyste d'un volume considérable, environ 25 litres, qui fut rompu par un coup de pied reçu pendant une querelle. Lorsque je fus appelé auprès de cette femme, elle avait tous les symptômes d'une péritonite intense et j'exprimai des craintes qui, heureusement, ne se réalisèrent pas, car au cinquième ou sixième jour, tous les accidents disparurent, il n'y avait plus de fièvre, mais les urines devinrent très abondantes et il y eut une évacuation de tout le liquide abdominal. La guérison s'est maintenue depuis quinze ans.

Je ne crois pas que l'on puisse admettre que le liquide du kyste passe directement par la vessie ; je suis plutôt disposé à expliquer cette disparition par l'épanchement dans l'abdomen du liquide, qui est ensuite résorbé peu à peu pour être évacué par les urines, comme on le voit chez les ascitiques.

Chez la malade de M. Tillaux, il y avait des adhérences et plus de traces d'ouverture ; or, lorsqu'il y a eu rupture du kyste, l'ouverture est toujours assez considérable et elle aurait certainement persisté. Aussi, je crois que le liquide épanché dans l'abdomen est sorti secondairement par la vessie.

Quant à la question de savoir s'il est préférable de réduire le pédicule, je rappellerai que Backer-Brown et d'autres chirurgiens ont fait des réductions de pédicules, mais qu'il y a eu des accidents, et, dans trois cas, il y a eu des morts occasionnées par des hémorrhagies; aussi, pour éviter cet accident, a-t-on fait la cautérisation du pédicule avec succès. Je crois qu'il faut, pour se prononcer, examiner la nature du pédicule ; si le pédicule est très gros et qu'il soit nécessaire de faire beaucoup de ligatures, il est préférable de laisser le pédicule en dehors pour éviter les hémorrhagies.

Lorsqu'on se trouve en présence d'adhérences qu'il est impossible de détruire, il faut couper, comme l'a fait M. Tillaux, les parties adhérentes du kyste en ayant soin de porter des ligatures sur tous les points qui peuvent donner du sang.

M. Terrier. Contrairement à l'opinion émise par M. Boinet, je crois, comme M. Tillaux, que le kyste de sa malade s'est vidé directement par la vessie. Dans l'ouvrage de M. Gallez, on peut trouver des

faits qui prouvent que l'ouverture de kystes dans la vessie, dans le vagin, est fréquente. A la suite d'un traumatisme, la déchirure se fait dans l'abdomen, mais les ouvertures spontanées s'expliquent par des phénomènes inflammatoires qui s'établissent entre des organes voisins, l'ouverture se produit et la sortie du liquide s'effectue, soit par le vagin, soit par la vessie ; l'ouverture se referme et le kyste reprend sa marche.

En présence d'adhérences aussi solides que celles qui se sont présentées chez la malade de M. Tillaux, il est indispensable de suivre le procédé employé par notre collègue, mais je crois qu'il serait nécessaire de prendre quelques précautions à l'égard de l'épithélium qui recouvre le morceau abandonné, et je serais disposé à l'enlever.

Il y a longtemps que les chirurgiens ont cherché à ne pas laisser le pédicule en dehors de l'abdomen, d'abord parce qu'il met un temps assez long à se détacher, et, ensuite, parce que le tiraillement qu'il occasionne produit souvent des douleurs.

Dans un voyage que nous fîmes à Londres avec MM. Perrier et Nicaise, nous avons vu Spencer Wells rentrer le pédicule avec de trés grand succès et, depuis cette époque, nous avons suivi ce procédé qui nous a donné d'excellents résultats.

Dans certains cas où le pédicule est mince et long, nous avons réduit volontairement ; mais dans d'autres cas, il n'y avait pas à se poser la question, car il n'y avait pas à proprement parler de pédicule, puisqu'il avait fallu le disséquer en portant les ligatures sur des vaisseaux venant, soit de l'aorte, soit des vaisseaux utérins et même sur un sinus utérin.

On peut donc employer le procédé de réduction du pédicule dans tous les cas, ainsi qu'on le pratique en Angleterre, et particulièrement à Samaritan-Hospital. Lorsqu'on rencontre un court et gros pédicule, il faut le séparer en plusieurs parties, comme on le fait pour la ligature du cordon.

Comme je l'ai dit, nous n'avons jamais vu d'accidents et nous avons remarqué que les malades pouvaient se lever beaucoup plus tôt, au douzième et treizième jour.

La réduction du pédicule n'est pas à redouter à cause de la surface cruentée que l'on introduit dans l'abdomen, car j'ai pu constater, à l'autopsie d'une femme morte de péritonite à la suite d'ovariotomie où l'on avait fait un grand nombre de ligatures perdues sur les points cruentés, que les intestins étaient déjà adhérents. Ce ré-

sultat tient beaucoup aux soins de propreté que l'on emploie.

M. Lucas-Championnière. En Angleterre,on ne laisse plus de pédicule en dehors.

Les chirurgiens qui ont employé les deux procédés avaient observé à la suite de la réduction du pédicule quelques cas de suppuration de la cavité de Douglas ; mais, depuis l'usage de la méthode de Lister, on n'a plus observé ce genre d'accidents.

En présence des excellents résultats donnés par ce procédé, on n'a pas hésité à le mettre en pratique à la suite de l'hystérotomie.

M. Duplay. Je rappellerai que les faits de rupture du kyste sont assez fréquents et que, lorsqu'on se trouve en présence d'adhérences que l'on ne peut détruire, il n'y a pas autre chose à faire que de laisser des lambeaux adhérents.

Quant à la réduction du pédicule, Spencer Wells a publié une première série de 600 ovariotomies dans lesquelles il n'a pas rentré le pédicule, à moins que le pédicule étant trop court, il ne pût faire autrement.

Dans une seconde série de 300 opérations, il semble, d'après ce que nous a dit M. Terrier, que M. Sp. Wells a modifié son procédé.

J'ai suivi, jusqu'à ce jour, le procédé qui consiste à laisser le pédicule en dehors, et lorsque je me suis trouvé dans de bonnes conditions hygiéniques, j'ai obtenu de bons résultats, et je ne sais pas si les avantages que donne la réduction du pédicule sont suffisants pour engager à abandonner la première méthode.

Dans un cas d'ovariotomie double, j'ai fait la ligature et la réduction ; ma malade mourut de septicémie qui ne dépendait pas de la ligature.

Sur toutes les opérations d'ovariotomie que j'ai pratiquées, j'ai obtenu une quinzaine de succès lorsque je me suis trouvé dans de bonnes conditions hygiéniques ; aussi suis-je tout disposé jusqu'à nouvel ordre à continuer à ne pas faire la réduction du pédicule.

M. Boinet. Je crois que l'on ne doit pas poser de règles absolues et que l'on doit se guider d'après l'état du pédicule.

Si le pédicule est long et n'amène pas de tiraillement, je le comprends dans la suture.

Si le pédicule est court et qu'il ne puisse pas être compris dans la suture sans occasionner de tiraillement, je le laisserai dans l'abdomen ; mais il y a eu des hémorrhagies qui sont rapportées dans le livre de Gallez.

Si le pédicule est très gros, il vaut mieux le diviser en plusieurs portions sur lesquelles on placera de fortes ligatures ; mais j'ai l'habitude, dans ces cas, d'amener dans l'angle inférieur de la suture les fils à ligature, parce que, malgré les expériences qui ont été faites de ligatures abandonnées dans l'abdomen, je crois préférable de ne pas laisser de corps étrangers.

M. Terrier : En me basant sur la pratique de Spencer Wells et des chirurgiens de Samaritan-Hospital, je n'hésite pas à faire la ligature des vaisseaux du pédicule et à faire la réduction.

Un pédicule, abandonné dans la plaie, tombe au vingt-cinquième et trentième jour, tandis qu'avec le procédé de la réduction, j'ai vu des femmes complètement guéries au quinzième et dix-septième jour.

M. Tillaux, Je suis très heureux d'avoir porté, devant la Société de chirurgie, cette question de la réduction du pédicule après l'ovariotomie, car il est interessant de savoir si, de parti pris, on doit dire : je réduirai dans toutes les circonstances.

En France, nous avions toujours suturé le pédicule dans les lèvres de la plaie, et MM. Duplay et Boinet, qui ont obtenu des succès par cette méthode, ne sont pas disposés à l'abandonner dans tous les cas.

M. Terrier, d'après ce qu'il a vu en Angleterre et d'après ses résultats particuliers, est disposé à réduire dans tous les cas. On voit donc qu'il pouvait y avoir utilité de poser la question.

Quant à la rupture du kyste, je puis affirmer que la déchirure a eu lieu directement dans la vessie.

(*Séance du* 8 *octobre* 1879. *Bull. de la Soc. de chir.*)

VARIETÉS

Utéroscope, nouveau spéculum trivalve divergent du Dr F. Demouy, présenté à la Société de médecine pratique de Paris, le 22 janvier 1880. — Le but que l'on s'est proposé en transformant l'instrument réinventé par Récamier a dû toujours être d'arriver à bien découvrir le col de l'utérus, déplacé ou non, dans tout le développement qu'il peut acquérir, et de ne déterminer aucune souffrance inutile. Les anciens spéculums ne m'ayant pas paru bien répondre à ce programme, j'ai cherché à faire mieux, et je dois à l'obligeance et à l'habileté de MM. Mathieu d'être arrivé à un résultat que je crois satisfaisant.

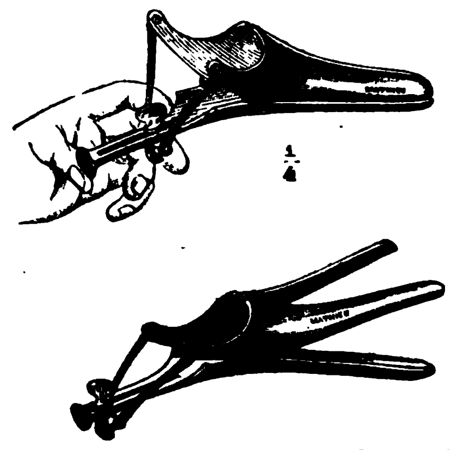
Ce nouveau spéculum pour lequel je propose le nom d'utéroscope est court, et composé de trois valves inégales, une large, qui se prolonge pour servir de manche peut être considérée comme postérieure ou inférieure, et deux autres, plus étroites, plus cintrées, recouvrent

la première et sont fixées sur elle au moyen de charnières disposées de telle sorte que leurs extrémités peuvent s'écarter d'une quantité plus grande en hauteur qu'en largeur. Extérieurement échancrées presque jusqu'au niveau du plan des charnières, ces valves se terminent de chaque côté par un levier brisé, fixé à un coulant, qui, entraîné vers l'extrémité du manche, produit le mouvement de bascule, et un tour de vis fixe alors le coulant en place.

Les valves peuvent n'avoir que de 80 à 85 millimètres de longueur. Le diamètre extérieur peut varier au point fixé entre 28 et 48 millimètres et fournir trois numéros.

Dans certains cas on peut adapter une quatrième valve entre les deux supérieures. Enfin, une assez large échancrure peut être pratiquée dans la valve inférieure, un peu en arrière des charnières.

De cette conformation, il résulte pour nous de nombreux avantages et une manœuvre très simple.



1° Son introduction facile laissant voir le déplacement du vagin et aidant à arriver sûrement sur le col.

2° Son ouverture en forme d'entonnoir et l'évidement des valves supérieures laissent largement pénétrer la lumière.

3° Les valves supérieures sont assez courtes pour permettre de toucher le col avec le doigt.

4° Cet instrument peut, de lui-même, rester en place sans le confier à un aide.

5° L'échancrure médiane permet aux liquides de s'écouler facilement et empêche l'urèthre d'être comprimé, ce qui est quelquefois douloureux.

Il existe trois grosseurs de spéculums.

Erratum. — L'observation d'*inversion utérine* que nous avons publiée dans notre numéro de février, p. 143, a été communiquée à la Société de chirurgie par M. le Dr Amédée Forget.

Le gérant : A. Leblond.

Paris. A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MALADIES CHIRURGICALES DE LA FEMME (1).

Par M. le professeur TRÉLAT.

Leçons recueillies par M. **Coudray**, interne des hôpitaux.

TROISIÈME ET QUATRIÈME LEÇONS.

L'Angleterre, ainsi que nous venons de le voir, a occupé un rang important dans le mouvement imprimé aux études gynécologiques pendant ces vingt dernières années.

De même, en Amérique, de nouveaux travaux surgissent. Qu'il me suffise de citer les noms de Marion Sims et de Bozeman (dont j'aurai à vous parler plus tard, notamment à propos des fistules vaginales), de Barnes, d'Emmet, de Peaslee, de Gaillard Thomas. Ce dernier vient de publier un bon ou-

(1) Voir numéro de février, p. 81.

vrage sur les maladies des femmes. Presque tous ces auteurs semblent avoir été guidés par une idée commune : la recherche de méthodes opératoires nouvelles et par suite la construction d'instruments capables de mener à bonne fin ces opérations.

La France fournit, de son côté, un honorable contingent d'importantes recherches.

Après Velpeau, Valleix reste le défenseur de l'opinion qui regarde les déviations comme le point de départ des maladies utérines.

M. Gallard, dans sa thèse inaugurale de 1855, fait entrer définitivement le phlegmon péri-utérin dans le cadre nosologique.

A cette même époque, vers 1860, il y a une sorte d'explosion de travaux sur les maladies des femmes. Becquerel publie un livre que l'on consulte encore avec profit; Nonat fait jouer un grand rôle au phlegmon péri-utérin ; Bernutz et Goupil créent le pelvi-péritonite, et tentent de renverser complètement le phelgmon péri-utérin. Enfin Aran, dans son livre, a traité un certain nombre de questions, et les descriptions magistrales qu'il a laissées paraissent avoir été consultées avec profit par ses successeurs.

J'arrive à Huguier. Il a fondé l'histoire des maladies des organes sécrétoires de la femme ; il a décrit avec soin le premier une affection qui n'est pas banale, l'esthiomène de la vulve ; il a fait connaître l'allongement hypertrophique du col de l'utérus ; c'est un de ceux qui ont vulgarisé l'emploi de l'hystéromètre. Cependant à mon sens, les gynécologues contemporains ne rendent pas justice au mérite réel de ses travaux. Je passe vite sur les modernes qui chaque jour ajoutent de nouveaux matériaux à leurs œuvres; je citerai l'ouvrage de M. Courty qui porte la marque d'un esprit droit, d'un grand sens clinique; je signalerai les noms de Gallard, A. Guérin, Martineau, Lucas Championnière qui tous ont apporté, chacun à leur point de vue, des faits nouveaux destinés à faire mieux connaître les affections utérines, à éclairer le diagnostic et la pathogénie des affections péri-utérines.

Dans un autre ordre d'idées, je dois rappeler les noms de Kœberlé et Péan. Kœberlé est un des premiers qui aient pratiqué l'ovariotomie en France. A l'époque actuelle, c'est une opération courante, et l'on peut dire que tous les chirurgiens font l'ovariotomie.

Si maintenant, laissant de côté les personnalités, nous embrassons d'un coup d'œil l'ensemble des résultats amenés par ces travaux aux diverses époques, nous voyons de suite se dégager d'une manière évidente le fait suivant : le diagnostic des maladies des femmes a réalisé un immense progrès. Diverses causes expliquent ce progrès accompli. Parmi ces causes, il en est une qui, peut-être, prime toutes les autres : c'est que les moyens d'exploration sont devenus plus parfaits.

Les speculums mis en honneur par Récamier, ont été variés depuis, et adaptés à des indications particulières ; les uns font bien voir le col, les autres éclairent telle ou telle partie, d'autres enfin protègent les parois du vagin ou les tiennent fortement écartées.

La sonde utérine est survenue ; une forme convenable a permis son emploi dans le diagnostic des maladies de l'utérus ; Marion Sims, Huguier s'en font les propagateurs ardents. Aujourd'hui, bien que la majorité des gynécologues considèrent l'hystérométrie comme un moyen courant de diagnostic dans certaines conditions déterminées, on trouve encore quelques médecins réfractaires à cette exploration. Ils signalent les avortements, les accidents graves, mortels même, survenus à la suite de cette pratique ; mais je me hâte de dire que pour le plus grand nombre, pour moi, du moins, la question est jugée : l'hystérométrie pratiquée avec douceur, dans des cas restreints et déterminés, en l'absence de toute inflammation aiguë ou subaiguë de l'utérus ou des annexes, est un moyen d'exploration qui rend de grands services et dont il faut reconnaître les avantages.

Le palper abdominal lui-même s'est perfectionné, grâce à des notions anatomiques plus précises, grâce à la connaissance des déplacements que peuvent subir les viscères de l'abdomen

et plus particulièrement pour la question qui m'occupe, les viscères du petit bassin. Enfin on a mieux appris à combiner ce palper abdominal avec le toucher rectal ou vaginal, et de la sorte, la cavité pelvienne a dévoilé ses mystères aux investigations méthodiques.

Outre cette perfection réalisée dans les procédés d'exploration, le progrès en gynécologie s'est traduit par une appréciation plus nette de la pathogénie; on commence un peu à se débrouiller dans le dédale des théories. Si nous nous reportons un peu à l'historique nous voyons qu'avec Lisfranc, tout est inflammation. Velpeau admet bien aussi l'inflammation utérine, mais elle n'est que consécutive à la flexion. Le débat s'envenime; on proteste énergiquement contre l'importance donnée aux déplacements, et l'on apporte contre cette manière de voir cet argument : que nombre de femmes atteintes de déviations utérines n'en sont nullement incommodées.

Puis une autre théorie s'est fait jour, vieille déjà, mais rajeunie par Bazin, Gueneau de Mussy, Martineau. L'utérus n'est pas un organe isolé dans l'économie; comme les autres organes il ressent le contre-coup des maladies générales; il est le siège des manifestations de l'arthritis, de l'herpétis, de la scrofule, etc. A cela d'autres se récrient en disant : l'inflammation, le déplacement, tout cela peut expliquer les affections de l'utérus, mais que faites-vous de l'ovaire? Il existe cependant, remplit une fonction importante, il est souvent malade, il faut lui faire une place plus grande dans le cadre pathologique.

Messieurs, je vous signale ces faits pour vous dire que chacun a regardé avec l'œil de ses idées personnelles; toutes ces opinions renferment une part de vérité, mais cette vérité n'existe complètement ni dans l'une ni dans l'autre de ces théories.

Aujourd'hui, comme je vous le dirai, les causes commencent à se classer dans des groupes naturels, et c'est en cela que consiste le progrès touchant la pathogénie.

Enfin, et c'est là une proposition que j'aurai à mettre en lumière dans le cours de ces leçons, les opérations réparatrices sur les organes génitaux ont été vulgarisées. Avant Roux on

n'opposait aucun traitement curatif aux déchirures périnéales. Vers 1850, ce chirurgien réussissait quelquefois la périnéorrhaphie, mais échouait le plus souvent. La méthode de Jobert de Lamballe pour l'opération de la fistule vésico-vaginale et dont on a tant parlé, est considérée comme bien inférieure aux procédés actuels.

Aujourd'hui sous l'influence des chirurgiens français, je puis le dire, et en face des Américains, toutes ces méthodes ont été complètement renouvelées, et le succès qui était autrefois l'exception est devenu la règle dans ces sortes d'opérations.

Il en est de même pour l'ovariotomie. La première ovariotomie eut lieu en 1809; elle ne fut pas suivie d'un succès complet. En 1856, j'arrivais à collectionner 161 opérations connues; à cette époque bon nombre restaient inachevées; aujourd'hui ces opérations inachevées sont des exceptions. La statistique donnait de 22 à 30 guérisons pour 100.

Je ne sais pas à quel chiffre d'ovariotomies on est arrivé à l'époque actuelle; mais il résulte des statistiques publiées dans tous les journaux français, anglais, américains, que les succès se comptent par plus de 75 pour 100; l'ovariotomie est donc une des plus belles conquêtes de la chirurgie moderne, et elle peut encore se perfectionner. Ce n'est pas tout. Vous m'avez entendu fulminer contre l'extirpation de l'utérus dans le cas de cancer; je n'ai pas à porter le même blâme pour cette opération dans les myomes utérins.

Autrefois on n'opposait à cette affection qu'un traitement anodin et nullement curatif. Aujourd'hui on pratique l'ablation totale ou partielle de l'utérus, et la statistique donne environ 50 succès pour 100 opérations de ce genre; j'ajoute qu'on arrivera à améliorer ces résultats.

Pour me résumer, je dirai : précision plus grande dans le diagnostic, vue plus simple et plus nette à travers les théories thérapeutiques et procédés opératoires perfectionnés, telles sont les trois acquisitions faites par la gynécologie, tels sont les indices de son progrès.

J'arrive à la classification étiologique des maladies de la femme. Lorsqu'on vient à consulter les divers auteurs de gynécologie, on voit que certaines catégories d'affections sont décrites avec soin et fouillées jusque dans leurs moindres détails. L'utérus en particulier a ce privilège d'une étude complète et prédominante. Mais à côté de cela je vois qu'un certain groupe, groupe très important, est passé sous silence ou décrit très incomplètement par les auteurs, je veux parler des malformations congénitales. Or ces affections sont fréquentes, elles constituent des infirmités sérieuses et déterminent parfois de graves complications, il faut leur consacrer un chapitre à part.

Les vices de conformation des organes génitaux de la femme sont étudiés (par ceux des auteurs qui en parlent) en chapitres isolés pour la vulve, le vagin, l'utérus.

Je crois que c'est là une mauvaise méthode ; parce que ces divers vices de conformation se combinent ordinairement d'une manière si intime qu'il est impossible de les isoler complètement dans la description. Je vous présenterai donc tout d'abord l'ensemble de ces malformations congénitales ; il n'est pas douteux que l'étiologie se trouve éclaircie et simplifiée par cette manière de faire.

Vous reconnaîtrez que certains vices de conformation ont pour résultat d'adultérer la nature sexuelle ; que d'autres consistent dans une bifidité de l'utérus et des organes génitaux externes ; mais cette duplicité qui, par elle-même, ne compromettrait pas d'une manière absolue la fonction, se trouve d'ordinaire viciée par une disposition anatomique telle que la grossesse devient difficile, dangereuse, parfois impossible ; vous verrez enfin que certains vices de conformation ont pour caractéristique de n'être remarqués qu'au moment où les fonctions de la femme débutent par le phénomène de la menstruation. Un obstacle se dresse qu'il faut vaincre et dont il est souvent difficile de mesurer d'avance et les dimensions et les résistances. Un second groupe d'affections de la femme est constitué par ce qu'on désigne en gynécologie sous le nom de *dysménorrhée*.

Je n'entends pas faire ici de la dysménorrhée une espèce

morbide, une maladie déterminée, à symptômes nettement définis, je crois seulement qu'on pourrait grouper sous ce titre certaines affections qui n'ont pas une place clairement indiquée, mais caractérisées au point de vue symptomatique par des règles difficiles ou douloureuses amenant à leur suite des phénomènes sympathiques, des troubles variés dans les divers départements de l'économie. On pourrait grouper par exemple les rétrécissements cervico-utérins, un grand nombre des affections de l'ovaire. Je sais bien que tous ces troubles qui ont pour point de départ la dysménorrhée, et la dysménorrhée elle-même ont été expliqués par la métrite; cependant, tout en reconnaissant à l'inflammation utérine une grande part dans la production de ces accidents, je ne crois pas qu'elle puisse seule expliquer tout ce qu'on observe dans cet ordre de faits.

Une troisième catégorie de maladies est représentée par les ovaires. Je veux sous ce titre réunir toutes les affections de l'ovaire. Ces affections sont de divers ordres : les unes tiennent à l'irrégularité du développement; les déplacements de l'ovaire en particulier sont assez fréquents; les autres prennent leur point de départ dans une exagération de la congestion périodique dont l'ovaire est le siège en raison de son rôle physiologique; un grand nombre enfin constituent les tumeurs de l'ovaire ou para-ovariennes (trompe, organe de Rosenmuller). Ces tumeurs sont congénitales ou acquises. Autrefois quelques-unes de ces affections étaient mal connues dans leur pathogénie. L'anatomie, en montrant l'abondance des éléments épithéliaux et fibreux dans l'ovaire, la physiologie en faisant voir à quelles modifications cet organe est soumis par le même exercice de ses fonctions, l'anatomie et la physiologie déjà se sont donné la main pour expliquer la fréquence des tumeurs de l'ovaire.

Les maladies de l'utérus constituent une quatrième catégorie. Ces maladies se présentent sous deux caractères différents : les unes résultent d'un fait mécanique. Par exemple, une femme vigoureuse, bien portante, après 6, 8, 10 couches est atteinte d'une descente de matrice. La pathogénie de cet accident est

très simple : les moyens d'attache de cet utérus ont été surmenés, ils n'ont plus aucune résistance. Dans la suite l'utérus déplacé sera le point de départ des maladies ultérieures.

Un second groupe des maladies de l'utérus sont le fait d'un vice de nutrition de l'organe, on peut les présenter avec l'étiquette pathologique de dystrophies en cacatrophies. On y range les métrites, aiguë et chronique. S'il n'existe pas en effet de lésions anatomiques profondes et durables dans la métrite aiguë, il y a au contraire dans la métrite chronique des modifications considérables dans la structure de l'utérus, modifications qui peuvent amener le déplacement consécutif de l'organe.

Un pas de plus et ces altérations de structure, siégeant et se conduisant pour ainsi dire sur un point de l'organe, vont le déformer. Ici c'est l'hypertrophie du col, décrite par Huguier, hypertrophie totale ou siégeant seulement sur l'une des lèvres ; ces hypertrophies peuvent acquérir des dimensions considérables. J'ai eu pour ma part l'occasion d'enlever une de ces tumeurs hypertrophiques, sorte d'appendice prenant son point de départ sur la lèvre antérieure du col, mesurant une longueur de 10 à 12 centimètres, et par conséquent faisant saillie à la vulve.

Dans ce cas l'hypertrophie porte sur tous les éléments à la fois, mais vient-elle à atteindre isolément les éléments fibreux, musculaire, vasculaire de l'utérus, ces altérations de structure s'observent plus particulièrement vers l'époque où la ménopause va apparaître, il en résultera des fibromes, des myomes des fibro-myomes, des fibro-myomes angiomateux. Je ne signale ici que les principales formes de ces tumeurs, je pourrai encore citer les fibromes kystiques ou cysto-fibromes.

Toutes ces productions morbides constituent les tumeurs bénignes de l'utérus. Enfin à cette liste des tumeurs formées aux dépens de l'utérus, il faut ajouter les cancers dont l'origine consiste dans une dystrophie spéciale en vertu de laquelle, les éléments épithéliaux se groupent d'une façon particulière; les épithéliomes en effet sont la grande majorité de ces tumeurs, les carcinomes sont rares.

Bien que je me sois un peu éloigné de l'utérus, et que cet organe ait pour ainsi dire disparu de votre esprit occupé par la pensée de ces tumeurs, les unes volumineuses, les autres graves par leurs conséquences, je ne voudrais cependant pas aborder un autre ordre d'idées sans vous dire qu'il existe certaines rougeurs et ulcérations du col de l'utérus, certains écoulements rapportés autrefois à des affections locales et poursuivies comme telles avec un remarquable acharnement. Or la médecine actuelle commence à se débrouiller sur la pathogénie de ces lésions. On commence à admettre que les diathèses et les maladies constitutionnelles ont une grande influence sur les productions de ces ulcérations et de ces éruptions; par exemple on accorde aujourd'hui sans contester que la scrofule est une cause fréquente de leucorrhée et d'ulcération du col utérin. Cette notion qui vise la pathogénie ne reste pas lettre morte; il en résulte que la guérison de ces lésions locales ne sera atteinte que par l'emploi des médicaments destinés à agir sur la cause générale elle-même. J'ai déjà cité le livre de M. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine; une partie considérable de son livre est consacrée à la démonstration de faits de cet ordre : peut-être a-t-il exagéré cette manière de voir; toujours est-il que les idées dont il se fait l'interprète commencent à jouir d'une certaine faveur.

Enfin il me reste pour clore cette classification des maladies de la femme, à signaler les traumatismes contagieux ou virulents.

Les organes génitaux de la femme sont bien rarement exposés à de grands traumatismes; mais les parties sexuelles peuvent être atteintes de traumatismes spéciaux; qu'il me suffise de citer les pratiques criminelles, les centaines de viols dont la constatation est d'une très grande importance en médecine légale, les pratiques qui ont pour résultat d'expulser le fœtus de la cavité utérine soit dans un but thérapeutique, soit criminel; enfin je me contente de signaler certains traumatismes qui amènent fréquemment une singulière affection, le vaginisme, affection qui, pour le dire en passant, doit son origine à deux facteurs,

est favorisée par une disposition fondamentale de la femme et déterminée par le coït avec disproportion des organes, par le coït mal présenté, mal reçu.

Enfin les maladies contagieuses et virulentes donnent lieu à un grand nombre de manifestations sur les organes génitaux, et dont je ne vous parlerai pas. En effet, les ulcérations de la vulve, la vaginite n'ont qu'un intérêt chirurgical très modéré, je passerai outre.

Examinons maintenant dans quel ordre ces maladies se montrent et se coordonnent dans les divers âges de la vie de la femme. Au début de la vie et même jusqu'à l'adolescence, les troubles morbides qu'on observe chez la petite fille, sont très souvent, le plus souvent peut-être le résultat de malformations congénitales. Si l'on pouvait suivre les petites filles qui éprouvent des douleurs pelviennes, de la leucorrhée, on verrait que plus tard elles sont dysménorrhéiques, stériles. Mais ce n'est guère qu'au moment de l'apparition des règles que se montrent les conséquences de ces malformations congénitales. Outre les maladies de l'enfance et de l'adolescence, il n'est pas très rare de rencontrer encore certains traumatismes des organes génitaux, résultat le plus ordinaire de tentative de viol.

Mais c'est surtout dans l'âge moyen de la vie génitale de la femme que se montrent avec le maximum de fréquence les affections de la femme, les métrites, les inflammations péri-utérines, dont la pathogénie peut être réduite à deux mots : travail utérin excessif, grossesses répétées, accouchement mal soigné, coït exagéré.

Vers le déclin de la vie sexuelle, alors que l'utérus subit des modifications qui vont aboutir à la ménopause, apparaissent les maladies dystrophiques, fibromes, fibro myomes, cancers, les tumeurs se montrent donc sur les organes génitaux de la femme à l'âge où elles font leur apparition chez l'homme et sur les autres parties du corps.

Tel est le tableau de la classification des maladies des femmes ; tableau que je n'ai pas la prétention de présenter comme complet, mais qui me semble suffisant pour vous donner une idée

générale de ce qu'embrasse la gynécologie. Le titre même de mon cours indique que parmi ces affections je ne prendrai que celles qui se rattachent directement à l'ordre chirurgical.

TRAITEMENT DES KYSTES DES GLANDES VULVO-VAGINALES

PAR LES INJECTIONS DE CHLORURE DE ZINC.

Par le Dr Edouard Duvernoy,
Ancien interne des hôpitaux.

Dans la séance du 2 février 1876, le Dr Lizé du Mans lisait à la Société de chirurgie une observation de kyste de la glande vulvo-vaginale guéri par les injections de chlorure de zinc.

Nous avons eu l'an dernier l'occasion de mettre avec succès cette méthode en pratique, sans savoir alors qu'elle eût déjà été employée par le Dr Lizé. Ce qui nous fit penser à faire des injections de chlorure de zinc dans un kyste de la glande de Bartholin, c'est la pratique de notre excellent maître, le professeur Panas, en ce qui concerne l'hygroma, les kystes séro-muqueux du cou et la grenouillette qui offre tant d'analogie avec la première affection dont nous avons parlé.

Le traitement des kystes à contenu muqueux en général, par les injections de chlorure de zinc, sur lequel M. Th. Anger un des premiers a appelé l'attention, n'est pas encore aujourd'hui connu de tout le monde; et sa valeur n'est pas jugée de la même manière par tous. Aussi avons-nous pensé qu'il pouvait être utile de rapporter l'observation suivante :

Dans les premiers jours du mois d'avril 1880 entrait à la Pitié dans le service de notre cher maître, M. Gallard, alors suppléé par M. Raymond, la nommée Jos... Gar..., domestique, âgée de 20 ans, qui fut couchée au lit n° 15 de la salle du Rosaire.

Cette jeune fille qui paraît d'une robuste constitution se plaint de

souffrir du ventre et de l'anus, chaque fois qu'elle va à la salle. Son état général est du reste excellent. Aucun trouble des grandes fonctions. Lorsque nous l'examinons, outre de la métrite chronique et une fissure à l'anus, sur lesquelles nous n'avons pas à nous appesantir actuellement, nous constatons au côté droit de l'orifice vaginal, en dedans de la grande lèvre, une tumeur ovoïde à grand axe parallèle à la grande lèvre, du volume d'une amande verte, parfaitement lisse, élastique et rénitente plutôt que fluctuante, à peine douloureuse à la pression, non adhérente à la muqueuse sus-jacente, parfaitement détachée également des tissus sous-jacents.

La muqueuse n'offre à sa surface aucune altération. Nous ne pouvons y découvrir aucun orifice. La pression ne fait sourdre en aucun point une seule goutte de liquide. Interrogée sur cette affection, la malade nous apprend qu'elle s'est aperçue de la présence de cette tumeur il y a déjà plusieurs mois, que celle-ci s'est développée graduellement, qu'elle n'est pas spontanément douloureuse, mais qu'elle gêne beaucoup pour la marche et dans l'accomplissement des rapports sexuels.

Un médecin consulté dit à la malade qu'elle avait une hernie et lui a conseillé de porter un bandage. L'erreur de diagnostic nous paraît des plus manifestes. La tumeur n'est pas réductible, elle n'augmente pas par la toux ; elle est parfaitement mobile. Il ne peut s'agir là que d'un kyste de la glande vulvo-vaginale développée aux dépens de ses acini ou aux dépens de son canal excréteur.

Ce diagnostic est confirmé séance tenante par une ponction pratiquée avec la seringue de Pravaz. Nous retirons ainsi 5 grammes environ d'un liquide absolument clair et transparent, mais très-filant. Le kyste fut ainsi presque entièrement vidé. On ne percevait plus guère à la palpation que les parois assez épaisses de la poche.

La malade resta dans le service une quinzaine de jours, pendant lesquels nous soignâmes sa fissure anale et sa métrite chronique, sans plus nous occuper de son kyste. Lorsqu'elle voulut partir, celui-ci avait repris ses dimensions primitives. Un mois après environ, cette jeune fille nous revint désirant être débarrassée de sa tumeur qui, nous avoua-t-elle, la gênait beaucoup dans l'exercice de certaines fonctions.

Nous trouvâmes le kyste exactement avec les mêmes caractères et le même volume qu'auparavant. Alors, sans l'avoir préalablement vidé, nous fîmes dans son intérieur, au moyen de la seringue de Pravaz,

une injection de trois gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1|10. L'effet consécutif fut nul. Il n'y eut aucune douleur, pas d'augmention de volume, pas de chaleur. Au bout de 8 jours, rien n'avait changé.

Nous pensâmes alors que nous avions été trop parcimonieux, et nous injectâmes dans le kyste une quantité double de la solution, c'est-à-dire six gouttes. Les jours suivants, il y eut un peu de douleur, mais fort peu. Le kyste devint un peu plus volumineux, plus tendu. Ces phénomènes durèrent quelques jours, puis la tumeur commença à diminuer de volume, mais très lentement, si bien que la malade nous quitta, alors qu'il n'avait guère diminué que de moitié et que nous croyions n'avoir obtenu qu'un demi-succès. Mais plusieurs semaines après, la malade revint nous voir et nous déclara aussitôt qu'elle était entièrement débarrassée de sa tumeur, qu'après nous avoir quittés, elle avait vu celle-ci décroître lentement, mais constamment de volume jusqu'à disparaître entièrement.

L'examen local nous donna, en effet, la satisfaction de reconnaître qu'il n'y avait plus le moindre kyste.

La malade nous avoua de plus qu'elle avait pu reprendre ses rapports sexuels, sans gêne ni douleur, ce qui lui était impossible autrefois.

Cette observation, quant au résultat thérapeutique, concorde absolument avec celle de M. Lizé. Aussi croyons-nous que la méthode de traitement que nous avons employée mérite d'entrer dans la pratique.

Les kystes des glandes de Bartholin ne sont pas très fréquents et pourtant incision simple, incision et cautérisation, drainage, extirpation, injections iodées, ont été tour à tour employés, mais pas toujours avec succès.

L'incision simple fait bien suppurer la poche et peut ainsi amener la guérison, mais le résultat est loin d'être constant.

L'incision suivie de cautérisation nécessite souvent plusieurs applications de caustique.

Le séton ou le drainage peuvent amener la guérison, mais le plus souvent alors par suppuration.

Les injections iodées ont pu donner des succès, mais le résultat n'est pas constant, puisque, chez la malade de M. Lizé,

deux injections de teinture d'iode pure à 6 jours de distance n'amenèrent aucune modification du kyste.

Enfin l'extirpation du kyste est un moyen radical; mais c'est déjà là une véritable opération qui peut devenir le point de départ de quelques accidents et à laquelle on ne se décidera qu'en dernier ressort.

La méthode qui fait le sujet de cette note nous semble préférable aux autres, précisément à cause de son innocuité absolue, de l'absence de réaction vive et de suppuration.

Nous avons vu, en effet, que l'injection du chlorure de zinc déterminait à peine au début un peu d'augmentation du volume de la tumeur, bientôt suivie de la diminution; qu'il n'y avait pas de douleur, enfin et surtout que la guérison a lieu sans suppuration. Ce n'est pas, en effet, le point le moins intéressant, que de voir cette injection d'un liquide aussi irritant que le chlorure de zinc, déterminer la disparition du kyste sans aucun travail inflammatoire, sans formation d'une seule goutte de pus.

La lecture de notre observation montre qu'il ne faut pas désespérer trop tôt du succès, que la résorption peut demander un certain temps avant d'être complète. Chez la malade de M. Lizé, la disparition fut beaucoup plus rapide que chez la nôtre. Cela tient probablement à ce que ce chirurgien injecta beaucoup plus de liquide que nous, 20 gouttes au lieu de 6 de la même solution. Il est vrai que son kyste était beaucoup plus volumineux que le nôtre, puisqu'il atteignait le volume d'un œuf d'oie. Aussi nous pensons que, dans le cas de kyste de dimension moyenne, de volume d'un œuf de poule environ, une injection de 10 gouttes sera suffisante.

Nous n'avons rien de spécial à dire sur le manuel opératoire. La première seringue venue à injections hypodermiques est le seul instrument nécessaire.

ÉTUDE CLINIQUE DE LA CYSTITE CHEZ LA FEMME

CONSIDÉRÉE SPÉCIALEMENT DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Par **M. Eugène Monod**, interne des hôpitaux.

(SUITE) (1).

CHAPITRE II.

CYSTITE AU DÉBUT DE LA GROSSESSE.

Personne, à notre connaissance, n'a encore parlé d'une cystite aiguë franche, survenant dans les premières semaines qui suivent la conception, indépendante de toutes les causes ordinaires de l'inflammation vésicale. Le fait clinique est cependant incontestable, comme on pourra en juger par les observations qu'on va lire.

OBS. I (Communiquée par M. Terrillon, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.) — Mme X..., âgée de 25 ans environ, ayant toujours joui d'une excellente santé, vint consulter, il y a quatre ans, M. Terrillon, parce qu'elle ressentait des douleurs vives en urinant. Cette dame, qui a eu une première grossesse normale, se trouve enceinte pour la seconde fois. La grossesse, en calculant depuis la dernière apparition des règles, remonterait à cinq ou six semaines. Elle éprouve, du reste, les divers troubles qui caractérisent le début de la gestation (envies de vomir, picotements dans les seins, etc.).

Actuellement la malade présente tous les symptômes d'une cystite franchement aiguë, envies très fréquentes d'uriner, mictions extrêmement douloureuses, avec épreintes et irradiations de la douleur dans

(1) Voir, *Annales de Gynécologie*, numéro de février 1880.

le bas ventre. Urines laissant déposer une couche épaisse de mucopus. L'examen local fait constater un état parfaitement normal des organes génitaux. M. Terrillon ne découvre aucune cause pouvant expliquer l'apparition de cette cystite, tout soupçon de blennorrhagie pouvant être mis hors de cause, et il n'hésite pas à la rattacher à la grossesse.

Mme X..., est soumise pendant quelques jours aux préparations balsamiques à l'intérieur, mais ce traitement n'amène pas une modification notable dans les symptômes. On pratique alors des lavages quotidiens de la vessie, avec de l'eau légèrement alcoolisée. La malade ressent pendant l'injection une chaleur locale assez vive, mais cette sensation passe vite et les symptômes douloureux ne tardent pas à s'améliorer. Bientôt les mictions deviennent de moins en moins fréquentes, les urines de plus en plus claires, au bout de cinq semaines, la malade était parfaitement guérie. La grossesse suivit son cours normal et les symptômes vésicaux n'ont pas reparu depuis lors.

Obs. II (Communiquée par M. A. Olivier, interne des hôpitaux) — Mme X..., d'une bonne santé habituelle, mariée depuis quelques mois, fut réglée pour la dernière fois, le 9 juillet 1878. Si l'on calcule d'après la méthode de M. Tarnier, on peut fixer le 19 *juillet*, comme date du début de la grossesse, quelques signes, tels que des envies de vomir, ne tardèrent pas d'ailleurs à la confirmer.

Le 11 *aout*, elle ressentit une légère cuisson en urinant. L'expulsion des dernières gouttes d'urine était surtout douloureuse. Du 12 au 14, les envies d'uriner deviennent plus fréquentes, et les douleurs ne font que s'accentuer.

Le 15, la cystite arrive à son maximum d'intensité, envies d'uriner pressantes et presque continuelles, douleurs cuisantes pendant la miction, s'exagérant au moment de l'expulsion des dernières gouttes. Dans la journée une miction se termina par l'émission de sang pur, rutilant, dont la quantité peut être évaluée au contenu d'un petit verre à Bordeaux. L'urine examinée dans un verre, quelque temps après son émission, présente une teinte rougeâtre et l'on constate au fond du vase un dépôt grisâtre abondant, surmonté d'un épais nuage de mucus. La malade se plaint de souffrir dans le bas-ventre, la palpation de la région hypogastrique est douloureuse. La douleur s'irradie de la région hypogastrique vers le périnée, la région anale

et les aines. Elle est augmentée par les mouvements, par la marche. L'examen local permet de constater l'intégrité des organes génitaux, aucun soupçon de blennorrhagie. Cet état s'accompagne d'une légère réaction générale, il y a un peu de fièvre, la langue est sèche, la soif vive, mais la malade n'ose pas boire dans la crainte d'uriner plus souvent. On prescrit de grands bains tièdes prolongés, six capsules par jour d'essence de Santal à l'intérieur, de la tisane de graine de lin, comme boisson, repos au lit et diète légère.

Pendant les jours qui suivirent, chaque émission d'urine s'accompagnait du rejet d'une petite quantité de sang. Cependant l'acuité des symptômes commença à diminuer un peu. Les mictions qui étaient presque continuelles ne reviennent plus que tous les quarts d'heure environ. La nuit, elles sont un peu plus espacées, cependant l'insomnie est presque complète, aussi la malade se plaint-elle, outre les douleurs, d'une grande fatigue générale.

Le 25 on ne trouve plus de sang dans l'urine, mais la quantité des flocons de mucus est toujours considérable. *Du* 25 *au* 30 les phénomènes aigus disparaissent à peu près complètement, cependant la malade souffre toujours en urinant et les mictions restent fréquentes.

La première moitié du mois de septembre se passe en alternatives de mieux et d'aggravation dans l'état de la malade.

Le 20 *septembre*, à la suite d'un refroidissement, les symptômes aigus reparaissent : douleurs vives, mictions très fréquentes, mais ces phénomènes s'amendent rapidement après l'application de deux sangsues au périnée.

La maladie semble néanmoins passer à l'état chronique, les douleurs en urinant sont peu marquées, mais la miction est fréquente et les dernières gouttes d'urine sont souvent expulsées avec peine. L'urine est assez limpide au moment de l'émission, mais elle se trouble par le refroidissement, et l'on trouve au fond du vase un dépôt assez abondant de muco-pus que transforme en une masse gélatineuse l'ammoniaque en excès.

Le 30 *octobre* ces douleurs prennent tout à coup le caractère de fortes coliques qui forcent la malade à prendre le lit. Bientôt apparaissent des contractions utérines, le travail se déclare et la malade accouche le 2 novembre d'un fœtus, dont les dimensions concordaient assez bien avec la durée présumée de la grossesse.

Les suites de couches furent des plus simples ; les symptômes de cystite s'amendèrent peu à peu, *le* 15 *novembre*, date où la malade a

été vue pour la dernière fois, elle ne souffrait plus en urinant, les mictions n'avaient plus lieu que trois à quatre fois par jour, l'urine était à peu près normale, ne laissant plus déposer qu'un léger nuage de mucus.

Ajoutons à titre de renseignement, que lorsqu'on a interrogé avec soin la malade sur les conditions dans lesquelles était survenue cette cystite, on apprit qu'elle avait l'habitude, depuis son mariage, de boire une assez notable quantité de vin blanc, pour lequel elle avait un goût marqué. Elle n'attribuait pas sa maladie à une autre cause.

Cette observation présente, entre autres détails intéressants, ceci de particulier, c'est que la cystite paraît avoir été la cause, la cause unique de l'avortement.

Obs. III (communiquée par M. Terrillon, chirurgien des hôpitaux). — Mme X..., enceinte pour la seconde fois, se trouvait lorsqu'elle vint consulter M. Terrillon, il y a trois ans environ, exactement dans les conditions de la malade qui fait le sujet de l'observation I. Cette dame dont la grossesse remontait à cinq on six semaines se plaignait, depuis quelques jours, de mictions fréquentes et douloureuses. Elle était obligée de se lever sept ou huit fois par nuit, pour satisfaire le besoin d'uriner, et toujours au prix de vives souffrances. Les urines étaient chargées d'un muco-pus assez abondant. L'examen local, comme dans le cas précédent, ne permit de découvrir aucune inflammation des organes génitaux qui aurait pu se propager à la vessie.

Les injections d'eau alcoolisée furent ici employées dès le début. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes s'amendèrent rapidement, et au bout de trois semaines, la malade était guérie. Les troubles urinaires ne reparurent point pendant la durée de la grossesse qui suivit son cours normal.

Obs. IV (personnelle). — L..., âgée de 28 ans, devient enceinte pour la première fois vers le milieu d'août 1878. Dès la fin du même mois, elle est prise d'envies très fréquentes d'uriner; elle urinait toutes les cinq minutes, nuit et jour avec de vives souffrances. Par instants les douleurs étaient atroces, surtout au début de la miction. Dès le mo-

ment où parurent ces phénomènes, elle eut des hématuries fréquentes et abondantes. Le sang paraissait *à la fin* de chaque miction, et il lui est arrivé d'uriner moitié sang, nous dit-elle. Les urines renfermaient un épais dépôt grisâtre.

C'est dans ces conditions qu'elle se présente à l'hôpital Temporaire, où elle est admise dans le service de M. Straus. Elle fut soumise au régime lacté et aux bains de son. Elle se souvient qu'on la traitait pour une « cystite ». Le cathétérisme qui fut pratiqué une seule fois provoqua de vives douleurs.

L'état aigu persista pendant un mois, on n'essaya pas chez elle de traitement local. Pendant les deux mois qui suivirent, il y eut une amélioration marquée dans tous les symptômes.

Elle sort vers le 15 novembre, les douleurs n'étaient plus fréquentes ni douloureuses, l'hématurie avait disparu. Mais il y avait toujours un léger dépôt dans les urines.

La grossesse suit son cours normal sans que les phénomènes vésicaux reparaissent.

Le 24 mai 1879, elle est accouchée au forceps à l'hôpital des Cliniques. Dans les jours qui suivirent, les symptômes de cystite reparurent, et persistent encore à l'état subaigu.

La malade est encore dans les salles de M. Depaul. Elle offre les symptômes d'une pelvi-péritonite qui est localisée à la partie antérieure, dans le cul-de-sac utéro-vésical.

Obs. V (communiquée par M. Hervieux, médecin de la Maternité). — Mme X..., 21 ans, blonde et lymphatique, devient enceinte dans le courant de juillet 1878. En août, envies d'uriner plus fréquentes, avec douleurs à la fin de la miction. La malade est réveillée plusieurs fois dans la nuit pour satisfaire ce besoin.

Fausse couche en septembre, suivie d'un phlegmon dans la fosse iliaque droite, phlegmon qui a toujours été accompagné de manifestations du côté de la vessie.

Le médecin qui traitait alors Mme X..., persuadé que les accidents vésicaux étaient liés au phlegmon, s'abstint de tout traitement. Lorsque je fus appelé, le 1er février 1878, je ne trouvai plus trace de phlegmon, ni par le palper abdominal, ni par le toucher vaginal. Mais je constate tous les signes d'une cystite, douleur à la pression dans la région vésicale, au-dessus du pubis, douleur à la pression dans la portion de la paroi antérieure du vagin, qui correspond au

bas-fond de la vessie, émissions urinaires se répétant de 30 à 35 fois dans les vingt-quatre heures et donnant lieu à des douleurs névralgiques, très persistantes dans la région vulvaire, pendant une demi-heure au moins après chaque émission. Ces douleurs semblaient résulter du contact des dernières gouttes d'urine avec la muqueuse vulvaire.

A l'exception des deux premières heures de la nuit, la malade ne passait jamais une heure sans être réveillée par le besoin d'uriner.

L'examen de l'urine, fait à plusieurs reprises, a permis de reconnaître qu'elle renfermait du mucus, des globules de pus et des globules de sang ; il y avait aussi de l'albumine, mais due seulement à la présence du sang.

Du reste, il suffisait d'examiner l'urine et de la laisser déposer pour constater à l'œil nu la présence du pus et d'une certaine quantité de sang qui formait un liseré rougeâtre à la circonférence.

J'ai essayé à plusieurs reprises de faire lever la malade quelques heures pendant la journée ; mais la station debout ou même assise, déterminait bientôt un sentiment de pesanteur dans la région vésicale et jusque sur le rectum, avec irradiations douloureuses vers la vulve et vers l'anus.

De concert avec le Dr Guéniot qui fut appelé en consultation le 15 février 1878, je soumis la malade au traitement suivant : injections d'eau tiède dans la vessie, grands bains tièdes, cataplasmes sur le bas-ventre, régime lacté, abstention de boissons irritantes.

Le résultat n'ayant pas paru satisfaisant, je fis appeler, le 10 avril, M. le professeur Guyon qui prescrivit les instillations avec une solution de nitrate d'argent, par la méthode qui lui est propre ; c'est-à-dire en poussant à l'aide d'une seringue de très petit calibre, comme celle de Pravaz, et ajustée à une sonde en gomme élastique préalablement introduite dans la vessie, et amorcée de quelques gouttes de la solution caustique, de telle sorte qu'elles pussent tomber sur la partie correspondant au sphincter vésical.

Sous l'influence de ce traitement qui fut continué régulièrement tous les jours jusqu'au 1er juin, il se fit une amélioration assez sensible, pour que la malade pût se lever, sortir en voiture et même aller à la campagne, à quelques lieues de Paris. Mais au mois de décembre, les accidents reparurent graduellement, beaucoup moins

fatigants et moins douloureux qu'à la même époque de l'année précédente, mais assez sérieux cependant, pour que la malade reprît sa position horizontale.

M. Mercier ayant été appelé en consultation par la famille, le 4 janvier 1879, nous décidâmes de reprendre les injections intra-vésicales avec une solution de nitrate d'argent à 25 centigr. pour 120 grammes d'eau. Seulement au lieu de quelques gouttes de cette solution, je poussais l'injection en quantité assez notable, représentant un tiers de la fiole, c'est-à-dire environ 40 à 50 grammes de la solution.

Il est bien entendu que la vessie avait été préalablement vidée, puis injectée d'eau tiède qu'on laissait écouler ensuite en totalité.

L'injection du nitrate d'argent était gardée pendant quelques minutes.

Ce traitement amena encore une fois une amélioration notable, mais non la guérison absolue. Cependant j'aurais laissé la malade se lever dans le courant du mois de mars, si la suspension des règles et quelques symptômes non équivoques d'une grossesse qui remonte au mois de février dernier ne m'eussent forcé à maintenir la position horizontale; on pouvait craindre, en effet, que la première grossesse ayant paru jouer un rôle important dans le développement de la cystite, une deuxième grossesse n'aggravât encore la situation. Il n'en fut rien. L'amélioration obtenue se maintint et, lorsque nous eûmes dépassé le troisième mois présumé de la gestation, la malade commença à se lever et à marcher dans son appartement, sans que ses anciennes douleurs, qu'elle appelait ses névralgies, se réveillassent. Cependant l'urine conserve encore un dépôt muco-purulent, beaucoup moins abondant qu'autrefois, il est vrai, mais assez notable.

Le liséré sanguin a disparu. Cependant les émissions urinaires restent assez fréquentes, leur nombre oscille dans les 24 heures entre 12 et 22 environ. La malade est encore réveillée chaque nuit 4 ou 5 fois par le besoin d'uriner. Mais elle ne souffre plus après l'émission de l'urine. Elle se lève, va et vient dans son appartement, mais ne peut marcher longtemps sans éprouver de la pesanteur dans la région vésicale. La grossesse actuelle arrivée aujourd'hui à la fin du sixième mois, continue son cours sans accident et tout fait espérer qu'elle se terminera heureusement comme la cystite qui fait le sujet de cette observation.

Obs. VI (communiquée par M. le professeur Guyon). — Une femme, de 36 ans, entre dans le service de M. Guyon en 1878. Elle est enceinte de trois mois environ et présente, depuis plusieurs semaines, des envies fréquentes d'uriner, avec douleurs vives pendant la miction. Ces symptômes qui, d'après l'interrogatoire de la malade, paraissent remonter au début de la grossesse, sont allés en s'accentuant, au point de nécessiter son entrée à l'hôpital.

Les urines sont chargées d'un dépôt purulent, elles sont souvent sanguinolentes.

L'examen des parties génitales ne permet de découvrir aucune inflammation du vagin ni de l'urèthre. Il n'y a pas de rétroversion utérine, le toucher révèle seulement des traces de périmétrite antérieure à la grossesse. Pas de corps étranger dans la vessie.

Le repos, les opiacés, les cataplasmes, n'amènent aucune espèce de soulagement dans l'état de la malade. Deux applications de sangsues sur le col modifient au contraire sensiblement l'état vésical.

Lorsque la malade quitte l'hôpital sur sa demande, les symptômes vésicaux sont très amendés.

Je trouve dans la *Gazette obstétricale* du 20 août 1879 une observation publiée par Mme Puéjac, sage-femme en chef de la Maternité de Montpellier, qui, malgré l'interprétation différente que lui donne son auteur, me paraît devoir être rapprochée des précédentes. Voici le fait résumé.

Obs. VII. — Mme Z... commença à éprouver, en novembre dernier, des symptômes du côté de la vessie. Chaque fois qu'elle avait uriné, elle sentait une violente cuisson au méat urinaire avec ténesme dans le vagin. Les urines étaient épaisses, floconneuses et déposaient des mucosités.

Au mois de décembre, elle n'eut pas ses règles. Elle consulta son médecin, qui crut qu'elle était enceinte. Pour faciliter la miction, elle prit des fumigations qui exaspérèrent l'acuité des symptômes.

Cette situation dura deux mois sans changement. L'état général est affaibli, l'appétit presque nul, l'imagination surexcitée. Il y a insomnie. La station assise est douloureuse.

Le 21 février, moins de trois mois après le début des accidents, Mme Z... est prise dans la nuit d'une hémorrhagie très abondante,

suivie de l'expulsion de plusieurs caillots. L'un de ces caillots contenait un embryon d'une quarantaine de jours de développement, ayant cessé de vivre depuis quelque temps, et offrant quelques signes d'altération. C'est ainsi que s'exprime le médecin appelé.

La convalescence suivit son cours normal; les symptômes vésicaux ne tardèrent pas à s'amender ; la miction restait encore un peu douloureuse quelque temps après, alors que Mme Z... était complètement rétablie.

Il n'est pas douteux que, dans ce cas, les phénomènes vésicaux n'aient coïncidé avec le début de la grossesse. Mais la cystite a-t-elle été, comme dans notre observation II, la cause déterminante de l'avortement ? Nous le croyons, sans pouvoir l'affirmer.

Voilà donc des jeunes femmes, n'ayant jamais présenté de troubles du côté des fonctions urinaires et chez lesquelles tout soupçon de blennorrhagie peut être écarté, qui, devenues enceintes, nous offrent vers la quatrième semaine de leur grossesse tout le cortège des symptômes qui caractérisent une inflammation vésicale à l'état aigu.

Il ne viendra à l'esprit de personne, pensons-nous, de rapprocher ces faits de ceux qui nous ont occupés dans le chapitre précédent, et de ne voir, dans ces phénomènes de dysurie, que la conséquence d'une prétendue compression exercée sur la vessie par l'organe de la gestation en voie de développement. Chez aucune de ces malades, en effet, la dysurie n'a été précédée de rétention d'urine, accident d'ailleurs qui ne saurait se comprendre à une période aussi peu avancée du développement utérin. Il est vrai que, dès les premiers temps de la grossesse, la matrice subit un certain changement dans sa direction, c'est-à-dire que son grand axe se redresse pendant que l'ensemble de l'organe s'abaisse légèrement et se trouve plus directement en contact avec la face postérieure du réservoir urinaire.

C'est ainsi qu'on explique la fréquence de la miction qui se rencontre communément au début de la grossesse. La vessie, dit-on, devenue plus « irritable » sous l'influence de cette pression légère, tendrait à se débarrasser plus souvent de son con-

tenu. Mais entre ce symptôme banal, l'envie fréquente d'uriner, et les douleurs aiguës s'accompagnant d'hématurie que présentaient les malades dont nous avons rapporté l'histoire, on conviendra que la distance est grande, et la théorie de l'irritabilité vésicale devient absolument insuffisante pour rendre compte de pareils phénomènes.

La pathogénie des symptômes urinaires des débuts de la grossesse trouve, suivant nous, une explication naturelle dans les connexions vasculaires étroites qui existent entre la vessie et l'utérus ; et à la vérité, lorsqu'on songe à l'afflux sanguin énorme qui se fait du côté des organes du petit bassin consécutivement à la conception, on s'étonne que les phénomènes vésicaux ne soient pas la règle chez les femmes nouvellement enceintes.

Qu'on nous permette une rapide digression sur le terrain anatomique.

Les deux artères les plus importantes de l'utérus, les artères utérines, proviennent, comme les artères vésicales d'un tronc commun l'hypogastrique. De plus, les artères utérines fournissent directement des rameaux nombreux à la vessie ; ces diverses branches aboutissent à un réseau délié occupant toute la surface de la muqueuse vésicale, mais présentant sa plus grande richesse autour du col. On sait que les artères de l'utérus subissent pendant la grossesse, une augmentation de volume qui atteint six à huit fois leur calibre normal ; cette dilatation commence aussitôt après la conception. Il est aisé de concevoir que les rameaux vésicaux partant des artères utérines ne doivent pas rester complètement étrangers à l'afflux sanguin qui se fait dans leurs branches d'origine.

Quant aux veines de la vessie qui sont extrêmement nombreuses chez la femme, il résulte des recherches de M. Gillette (1) qu'elles présentent également des communications multiples avec le système veineux utérin. Celles de la face posté-

(1) *Recherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur les plexus veineux intra-pelviens, Journ. de l'anat. et de la phys.*, 1869, p. 187.

rieure de l'organe, en particulier, vont se confondre avec les veines qui occupent la partie antérieure du col utérin, et l'on peut suivre ces communications jusqu'aux veines volumineuses, anastomosées entre elles, qui cheminent sur les côtés de l'utérus pour aller former le plexus utéro-ovarique.

N'est-il pas évident, d'après ces données, que les vaisseaux veineux de la vessie doivent participer plus ou moins à la dilatation que subissent les mêmes vaisseaux de l'utérus, et, d'une manière générale, que leur système vasculaire commun établit entre les organes une étroite solidarité physiologique aussi bien que pathologique.

Physiologique, disons-nous. Il suffit, en effet, d'interroger au hasard un certain nombre de femmes sur les sensations qu'elles éprouvent du côté des organes urinaires, pour se convaincre que les envies fréquentes d'uriner et même une légère douleur pendant la miction, sont des symptômes très communs au moment des règles. Assez souvent l'apparition de ces phénomènes vésicaux est un signe précurseur qui leur annonce l'approche de la période menstruelle.

Un fait clinique peu connu, bien qu'il ait été signalé par Laugier depuis nombre d'années, c'est que, chez une femme atteinte de cystite, quelle que soit d'ailleurs la nature de cette affection, il survient chaque mois, au retour des règles, une exacerbation très nette dans les symptômes. Bernadet (1) a développé dans une thèse intéressante les idées de son maître sur ce sujet, et nous avons eu plusieurs fois l'occasion, comme on le verra dans nos observations, de constater l'exactitude de ses remarques.

Comment expliquer ces phénomènes autrement que par les relations vasculaires qui unissent la vessie à l'utérus, et par une hypérémie passagère des vaisseaux vésicaux accompagnant la congestion de tout le système vasculaire utérin ?

La *pathologie* vient fournir des arguments non moins probants à cette manière de voir.

---

(1) *Du catarrhe de la vessie chez les femmes réglées*. Th. Paris, 1865.

Tous ceux qui se sont occupés de gynécologie savent bien que les diverses inflammations utérines et même du petit bassin, comptent souvent au nombre de leurs symptômes des troubles variés du côté de la miction.

« Si vous étudiez, dit M. Guérin (1) dans la leçon qu'il consacre à la métrite interne, la vascularité des organes érectiles de la femme, et la communauté vasculaire qui existe entre eux et les organes renfermés dans le petit bassin, vous comprendrez l'influence que les excitations génésiques doivent avoir sur la congestion de l'utérus, de ses annexes, de la vessie et de la fin du rectum. Vous comprendrez alors que ce n'est pas par sympathie que s'établit l'inflammation de la vessie ou du rectum dans les cas de métrite. La cause qui produit l'une, appelant le sang dans cette énorme masse de veines qui enveloppe le vagin, l'utérus et la fin de l'intestin, produira l'inflammation de ces organes, si elle persiste ou se renouvelle trop fréquemment. »

Au début de la grossesse, les conditions se retrouvent exactement les mêmes. Ici, nous sommes en présence d'une double cause de congestion pour le réservoir urinaire; d'une part, les modifications vasculaires qui se font dans l'utérus, autour de l'œuf fécondé et qui retentissent, comme on vient de le voir, du côté des organes du petit bassin ; d'autre part, les excitations génésiques parfois excessives qu'entraîne fatalement chez les jeunes mariées une fonction nouvelle qui s'éveille. Nous avons eu tout dernièrement l'occasion de constater cette influence des rapports sexuels sur les phénomènes vésicaux chez une jeune femme de 25 ans, mariée depuis six semaines et qui souffrait depuis quatre ans déjà de troubles urinaires mal déterminés ; ces derniers symptômes ont subi pendant ces dernières semaines une recrudescence très marquée. Nous sommes convaincus, après avoir interrogé et examiné avec soin cette malade, qu'elle n'a pas eu de rapports sexuels antérieurs à son

(1) *Leçons cliniques sur les maladies des organes genitaux internes des femmes*, 1878, p. 32.

mariage ; d'un autre côté, il n'y a pas lieu de présumer chez elle une grossesse commençante, les règles ayant paru ces jours derniers. J'ajoute que nous nous sommes assurés qu'il n'existait pas de vaginite ni d'uréthrite. Et cependant les douleurs qu'elle ressentait en urinant étaient si vives, et elle était si préoccupée de rendre du sang pur pendant les mictions, qu'elle n'hésita pas à venir se soumettre à un examen médical.

Mais, dira-t-on, la congestion n'est pas l'inflammation, et ne saurait en tout cas expliquer à elle seule la présence de pus et de sang dans les urines, que nous avons constatée chez nos malades. Sans doute l'hypérémie ne suffit pas à produire la cystite, mais on reconnaîtra qu'elle est une condition éminemment favorable à son développement. L'organe se trouve, en raison même de l'afflux sanguin dont il est le siège, dans un état d'imminence morbide : survienne la cause la plus légère, un refroidissement, un écart de régime, conséquence assez commune de l'appétit bizarre de certaines jeunes mariées, (on a vu que la malade qui fait le sujet de l'observation II avait un goût marqué pour le vin blanc), et la congestion deviendra une inflammation véritable.

Ainsi peuvent s'expliquer, suivant nous, les variétés de troubles urinaires qui suivent la conception.

La congestion est-elle modérée, elle ne s'accusera par aucun symptôme fonctionnel appréciable, ou bien la femme n'éprouvera que des *envies d'uriner* plus fréquentes qu'à l'ordinaire. Ce dernier symptôme ne doit pas être rare, nous pensons qu'on le trouverait dans un grand nombre de cas si l'on prenait la peine de le rechercher. Mais, lorsqu'il existe seul, il est exceptionnel que les femmes s'en plaignent ; d'une manière générale, on sait qu'en ce qui touche les fonctions urinaires chez la femme, contrairement à ce qu'on observe chez l'homme, il faut qu'un symptôme soit alarmant pour que les malades se décident à en parler au médecin.

A un degré plus avancé de la congestion vésicale, la fréquence s'accompagne de douleurs pendant la miction, d'une véritable *dysurie*. Le fait n'a rien qui doive étonner si l'on tient

compte de la prédominance des réseaux vasculaires autour du col de la vessie. De cet état à la cystite confirmée la distance n'est pas grande, et l'on conçoit qu'elle puisse être facilement franchie.

Désirant fixer mes idées sur la fréquence des troubles urinaires au début de la grossesse, j'ai interrogé ou fait interroger un certain nombre de femmes prises au hasard dans les divers services d'accouchement à Paris. Je demandais à chacune d'elles si elle avait remarqué pendant le cours de sa grossesse quelques modifications du côté des fonctions urinaires au point de vue soit de la douleur, soit de la simple fréquence ; et lorsque j'obtenais une réponse affirmative je m'enquérais avec soin auprès de la malade de l'époque d'apparition exacte des phénomènes.

Je résume dans le tableau suivant les résultats de 124 interrogatoires analogues :

Sur 124 femmes (primipares ou multipares).

61 *n'ont ressenti aucun trouble urinaire à aucune période de leur grossesse.*

63 *ont présenté des symptômes urinaires.* Ce dernier chiffre se répartit de la façon suivante :

37 femmes ont éprouvé simplement *des envies fréquentes d'uriner dans les deux ou trois derniers mois*, plus rarement les quatre derniers mois de la grossesse.

26 ont accusé des symptômes vésicaux pendant *les premières semaines* qui ont suivi la conception.

11 fois le symptôme *fréquence* existait seul.

15 fois à la fréquence s'ajoutait le symptôme *douleur*, avec *urines*, *troubles* et quelquefois même *hématurie*.

Parmi ces 26 cas de troubles urinaires liés au début de la grossesse, 16 se rapportent à des *primipares* et 10 à des *multipares*.

Si l'on ajoute à ce chiffre les sept cas que j'ai rapportés plus haut, on arrive au total de 33 *femmes sur* 131 ayant présenté des troubles urinaires liés au début de la grossesse.

Le nombre des femmes que j'ai interrogées est assurément

trop restreint pour qu'on puisse établir sur ces faits une statistique suffisante. Il n'en ressort pas moins des chiffres qui précèdent que des *symptômes vésicaux se sont montrés au début de la grossesse* dans un quart des cas.

Quelle que soit l'interprétation qu'on donne au phénomène, ce côté de la question n'a qu'une importance secondaire. Un fait clinique demeure, et j'ai cherché à le mettre en lumière, c'est qu'il existe une variété de *cystite liée au début de la grossesse*, cystite que je n'ai d'ailleurs pas à décrire, car elle n'offre de spécial que les conditions dans lesquelles elle se développe.

En appelant l'attention des cliniciens sur le fait que j'avance, j'émets le vœu que des observations nouvelles ne tardent pas à venir le confirmer. (*A suivre.*)

RECHERCHES

SUR LES DIFFÉRENTS OBSTACLES QUI RETIENNENT LE FŒTUS QUAND SA TÊTE SEULE OU SUIVIE D'UNE PARTIE DU TRONC A FRANCHI L'ORIFICE VULVAIRE PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Par le Dr Lizé (du Mans),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Experientia docet.

(Suite) (1).

DEUXIÈME PARTIE

Obstacles qui siègent à une certaine distance de la vulve.

Nous voici arrivé sur la frontière où il est difficile de percevoir exactement les obstacles que nous avons désignés sous le nom *de profonds*.

Passons les tour à tour en revue, en n'oubliant pas de faire ressortir ce qu'ils doivent apprendre à l'accoucheur dans son métier parfois si dur et si plein de responsabilités.

(1) Voir le numéro de février, p. 89.

OBS. XVII abrégée due à M. GUÉNIOT. — *Première position du sommet. — Extraction de la tête avec le forceps. — Temps d'arrêt des épaules par une tumeur hydatique située dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale.*

Le 10 janvier 1863, une femme âgée de 27 ans, multipare, bien constituée, d'une bonne santé habituelle, était entrée dans le service de M. Hardy, à l'hôpital Saint-Louis. Elle fut prise des douleurs vers 7 heures du soir, et le lendemain, 11 janvier, l'habile professeur trouva dans le haut du vagin une tumeur volumineuse, de forme sphérique, de consistance élastique, et qu'il ne tarda pas à faire dépendre d'une origine pathologique. Il était 3 heures 1/4 le 11, dit M. Guéniot, quand je vis la malade pour la première fois. Le travail durait depuis vingt-quatre heures, les contractions utérines revenaient toutes les six à huit heures, et les eaux étaient en partie écoulées. L'orifice utérin large comme une pièce de 5 francs était assez élevé et fortement repoussé en avant par la tumeur. On pouvait néanmoins percevoir le crâne de l'enfant qui était retenu au-dessus du détroit abdominal et s'offrait en première position. Le maximum des bruits du cœur s'entendait à gauche et en avant.

Quant à la tumeur, elle siégeait dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, commençant vers le milieu de la hauteur de cette cloison et s'élevant à un niveau inaccessible au doigt. Plus volumineuse que le poing et régulièrement sphérique, elle repoussait en avant la muqueuse vaginale qui glissait à la surface, et en arrière la paroi rectale qui était aussi restée indépendante. Sa consistance était ferme, élastique, semblable à celle d'une vessie fortement distendue. Elle n'était ni douloureuse, ni fluctuante, ni pulsatile et remplissait en grande partie l'excavation pelvienne, ne laissant entre sa face antérieure et le pubis qu'un intervalle d'environ 4 centimètres. En présence de ces caractères, il ne parut pas douteux qu'il s'agissait d'une tumeur liquide.

Aussi, vers 8 heures, comme le travail n'avait pas avancé, deux ponctions successives avec le trocart furent pratiquées à travers le vagin ; 95 grammes d'un liquide incolore, clair comme de l'eau de roche s'échappèrent avec deux vésicules hydatiques. Après une courte interruption, le travail ayant repris son cours et la tête fœtale paraissant franchir le détroit supérieur en déprimant la tumeur amoindrie, M. Guéniot abandonna de nouveau la marche de l'accouchement à la

nature. Enfin le 12, à 10 heures du matin, près de quarante heures après le début du travail, la tête du fœtus n'étant encore que partiellement engagée dans l'excavation et la femme se trouvant très fatiguée, il parut opportun de terminer l'accouchement au moyen du forceps « la tête fœtale fut extraite sans difficulté notable, mais les « épaules furent un instant arrêtées par la tumeur » et nécessitèrent, pour le dégagement, quelques tractions énergiques.

La délivrance et les suites de couches furent naturelles; la tumeur ne provoqua aucun accident, et la femme sortit de l'hôpital avec son enfant le dixième jour de son accouchement (1).

OBS. XVIII abrégée du Dr PILAT, de Lille. — *Présentation du sommet en occipito-iliaque droite antérieure. — Extraction avec le forceps de la tête fœtale diminuée par la crâniotomie. — Temps d'arrêt des épaules poussées en avant par un développement sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus.*

La nommée Rouchin (Angélique), célibataire, âgée de 31 ans, entre le 22 mars 1877 à la maternité de l'hôpital Saint-Sauveur, à Lille. Cette femme, d'une constitution délicate, mais bien conformée, a fait deux fausses couches: l'une à trois mois et l'autre à cinq mois, sans qu'il soit possible de déterminer la cause de ces avortements. Devenue enceinte de nouveau, elle semble arrivée au terme de la gestation. Le 23 mars, à la visite, cette femme apprend que depuis deux jours elle a perdu un peu d'eau, à des intervalles rapprochés. Au moyen du palper abdominal et du toucher vaginal, on peut reconnaître une présentation du sommet en occipito-iliaque droite antérieure. L'index, porté en arrière, constate en outre la présence « d'une tumeur » occupant la partie inférieure de l'excavation pelvienne et poussant fortement en avant la paroi postérieure du vagin jusqu'à 2 centimètres environ de la vulve. Le cul-de-sac postérieur est effacé, et le vagin se termine sur la lèvre postérieure dont il n'est séparé que par un sillon peu profond. Cette tumeur est molle, aplatie et présente en avant la forme de la grosse extrémité d'une raquette. L'index de la main droite, introduit ensuite dans le rectum, fait reconnaître la présence de la tumeur qui s'élève jusque dans la concavité du sa-

(1) Extrait de la th. de M. de Soyre intitulée : *Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement*, p. 136 et suiv., année 1875.

crum. Sa consistance est la même que celle de la partie qui proémine dans l'intérieur du vagin. Cherchant une interprétation de la forme insolite de l'utérus qu'il avait sous les yeux, M. le Dr Pilat ne peut asseoir un diagnostic précis. Les 24, 25 et 26, les eaux continuèrent à s'écouler modérément, et le 27 quelques contractions utérines se firent sentir. Le 28, à 1 heure 1[2 du matin, le col est assez dilaté pour permettre l'introduction des cuillers du forceps. Après avoir brisé la poche amniotique et chargé le chef de clinique de refouler la tumeur dans le bassin, M. le Dr Pilat procède à l'application du forceps, afin de vaincre la résistance opposée par la tumeur. La tête étant saisie latéralement, il fait des tractions légères d'abord, plus énergiques ensuite, mais au fur et à mesure que la tête descend, la tumeur suit le même mouvement, et se montre à l'orifice vulvaire, malgré les efforts faits pour la repousser à l'intérieur. En présence d'une pareille difficulté, l'habile accoucheur de Lille n'insiste pas davantage sur les tractions dans la crainte de produire une déchirure sur la paroi postérieure de l'utérus. Comme l'enfant ne donnait plus signe de vie, il prit la résolution d'opérer la crâniotomie. Cette opération exécutée sans difficulté, amena l'écoulement de la substance cérébrale et un amoindrissement de la tête du fœtus suffisant pour permettre de l'extraire au moyen de tractions peu énergiques et faites « prudemment. « Mais une fois celle-ci sortie, la tâche n'était point « terminée, les épaules placées transversalement et poussées en avant « par la tumeur, ne furent amenées au dehors qu'après des efforts « réitérés, » Aussitôt après l'extraction du fœtus, la main de l'accoucheur, introduite dans le vagin, put aisément constater un développement sacciforme de la paroi postérieure et inférieure de l'utérus (1).

Il est facile de voir ici que les épaules n'ont pu suivre la tête après son expulsion, parce qu'elles étaient poussées en avant par la tumeur, ce qui empêcha leur mouvement de rotation et les retint dans la situation transversale.

Les deux observations qui précèdent offrent une certaine analogie en ce que de part et d'autre l'obstacle à l'expulsion définitive de l'enfant dépendait de la mère et tenait à une tumeur placée en arrière dans l'excavation pelvienne. Mais elles

(1) *Ann. de Gyn.*, t. VIII, p. 149 et suiv., 1877, 2e trimestre

présentent aussi quelques différences : dans le premier cas, on put reconnaître la nature de la tumeur qui était liquide et deux ponctions successives avec le trocart, en la vidant, permirent d'entraîner sans difficulté la tête fœtale; puis, si le tronc subit un temps d'arrêt, quelques tractions finirent par l'extirper totalement. Dans le deuxième cas, la tumeur, d'un diagnostic obscur, opposait à l'issue du fœtus une résistance qui ne put être brisée que par le céphalotribe. De plus, après la sortie de la tête amoindrie, les épaules éprouvèrent un temps d'arrêt qui ne céda que devant des tractions très énergiques.

OBS. XIX abrégée. — *Position transversale et inclinée du vertex (pariétal droit). — Extraction pénible de la tête. — Le tronc reste arrêté par le resserrement de l'orifice interne de l'utérus et l'entraînement du vagin qui forme bourrelet à l'intérieur de la vulve.*

La nommée M..., 24 ans, rachitique, accouchée déjà deux fois sans peine, éprouve les premières douleurs, le 24 avril 1820. Le 27, dilatation complète, eaux évacuées, tête du fœtus au-dessus du détroit supérieur. Le matin, un jeune accoucheur tente quatre fois l'application du forceps et quatre fois l'instrument échappe. Le soir on nous apporte la malade : l'abdomen est volumineux, l'utérus est oblique en avant, au point de faire un angle droit avec le pubis, On ne sent dans le bassin que la peau du crâne tuméfiée, la position n'est point appréciable et l'angle sacro-vertébral est accessible (quoique difficilement) à l'extrémité du doigt explorateur. Mme Lachapelle applique le forceps, mais elle ne peut faire avancer la branche gauche sur l'éminence ilio-pectinée et à grande peine la retenir sur le côté droit du bassin. Il n'était pas moins difficile de maintenir au côté gauche la branche droite, tant était forte la tendance qu'elles avaient toutes deux à glisser dans la courbure du sacrum qui était plus prononcée que d'ordinaire. De plus, le resserrement de l'orifice interne de l'utérus empêchant les cuillers d'être assez enfoncées, l'instrument descendit plusieurs fois sans amener la tête. Mme Lachapelle prit alors le parti d'introduire le perce-crâne entre les branches du forceps, afin de réduire le volume de la tête fœtale, et au moyen du crochet aigu et du forceps combinés, « elle put amener celle-ci au dehors. Mais le tronc « ne put suivre à cause de l'entraînement du vagin qui formait un

« bourrelet au-dessus de la vulve, à cause de la constriction de la « matrice qui est moulée sur le corps de l'enfant et surtout du res- « serrement de l'orifice interne sur son cou. »

Pour vaincre ces obstacles, dit Mme Lachapelle, je fis tirer sur la tête, en même temps je glissai les doigts jusqu'à l'aisselle gauche placée à gauche et en arrière; sur ces doigts je conduisis le crochet-mousse du forceps et je tirai l'épaule en arrière et en bas. Dès lors tout marcha rapidement (1).

Comme on l'a déjà noté, dans le cas actuel, le tronc fut arrêté par la constriction de l'orifice interne de l'utérus sur le cou de l'enfant d'une part, et de l'autre par le bourrelet formé aux dépens du vagin, circonstance curieuse. L'épaule gauche était trop élevée dans le bassin pour être accessible aux doigts de l'accoucheur; seul, le crochet-mousse pouvait la saisir et l'abaisser, puis finalement extraire le fœtus.

OBS. XXX (abrégée). — *Deuxième position du sommet. — Expulsion de la tête fœtale. — Extraction difficile des épaules à cause de l'insertion du placenta à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus du pubis et de la position horizontale de la parturiente qui avait la jambe gauche fracturée.*

Femme robuste, de 23 ans, arrive à la Maternité, vers la fin de janvier 1820. Le 4 février, en descendant un escalier, elle se fracture la jambe gauche et un appareil est appliqué *ad hoc*. Pendant la nuit et le jour suivant, douleurs dans les lombes et durcissement passager de l'abdomen. Les contractions cessent pendant deux jours pour reparaître plus fortes le 8 février pendant toute la journée.

Le 9 février, dilatation complète, douleurs de reins violentes, on ouvre les membranes. Beaucoup d'eau s'écoule et en une heure la tête traverse l'orifice et le vagin pour se présenter à la vulve. Jusque là les deux jambes étaient restées étendues, mais alors on fit fléchir la cuisse et la jambe droites, la gauche restant immobile. A 7 heures du matin, la tête roula sur son axe, l'occiput marcha de droite en

(1) *Pratique des accouchements*, par Mme Lachapelle, obs. LXII, p. 290 et suiv.

avant et à la contraction suivante, « l'extension dégagea le sommet, « le front et la face. » Cela fait, le visage se tourna vers la partie postérieure de la cuisse gauche. « La situation horizontale de la malade rendit assez difficile l'extraction des épaules, » mais plus encore celle du placenta inséré à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus du pubis.

Evidemment, si on avait pu fléchir les cuisses et les jambes de la parturiente, puis les écarter largement, l'extraction des épaules et du tronc eût été plus facile. Mais il faut admettre aussi comme un obstacle à leur extraction, l'insertion du placenta au-dessus du pubis. La présence du gâteau placentaire par son volume devait en effet gêner l'issue des épaules et du tronc fœtal.

Obs. XXXI. — *Accouchement en O.I.G.A. — Rétrécissement du détroit inférieur. — Extraction ae la tête. — Forte résistance du reste du corps fœtal.*

Mme M..., 31 ans, multipare, a un bassin atteint de rachitisme, mesurant 7 centimètres 1|2 dans son diamètre antéro-postérieur. Le 9 novembre 1861, le Dr Mattei est appelé près d'elle vers huit heures trois quarts du matin. A son arrivée, il trouve la femme exténuée de fatigue. Le fœtus, quoique offrant encore des pulsations cardiaques, est si serré par l'utérus, qu'à peine si le palper laisse reconnaître une première position O.I.G.A. La tête fœtale est encore au-dessus du détroit supérieur, quoique la bosse sanguine qui la recouvre semble faire croire qu'elle commence à plonger dans l'excavation. Evidemment un obstacle arrêtait la tête au-dessus du détroit supérieur et la nature était impuissante à le surmonter. L'application du léniceps permet à M. Mattei « d'extraire très péniblement la tête de « l'enfant, mais une fois sortie, cette tête est restée tellement enfouie « dans le sillon uno-vulvaire que cela seul suffirait à prouver le non« engagement des épaules à travers le détroit supérieur » et la souffrance de l'enfant. L'habile accoucheur parvint à accrocher l'aisselle

(1) *Pratique des accouchements*, par Mme Lachapelle, t. I, p. 156 et suiv.

gauche, à la faire descendre dans l'excavation, puis à la porter en arrière pour opérer la rotation des épaules.

Enfin, après avoir dégagé le bras correspondant, « il peut faire « passer le dos à travers la vulve. On croirait que le reste est sorti « tout seul, dit le Dr Mattei, mais loin de là. » J'ai dû tirer sur l'enfant avec force pour que son bassin ait pu traverser le détroit supérieur du bassin de la mère, quoique cet enfant soit un garçon de volume ordinaire. La mère et l'enfant se rétablirent (1).

Puisque l'enfant était d'un volume ordinaire, on est étonné de voir que le tronc n'ait pu, sans une intervention active, traverser la filière par où la tête avait passé. Nous l'avons déjà dit, dans certaines expériences sur le passage du fœtus à travers des rétrécissements artificiels, lorsque la tête avait franchi l'obstacle après des difficultés énormes, on avait vu le tronc suivre assez facilement. L'exemple relaté ici prouve que ces expériences doivent comporter des exceptions et qu'elles ne peuvent aboutir à une loi inflexible.

OBS. XXXII (abrégée) due au Dr HYERNAUX, de Bruxelles. — *Rétrécissement considérable du bassin. — Expulsion spontanée de la tête fœtale. — Arrêt du tronc qui ne peut être dégagé qu'à l'aide du crochet-mousse passé dans l'aisselle postérieure.*

Aimée-Marie J..., 24 ans, rachitique, petite de taille, primipare, à terme de grossesse, entre à la maternité de Bruxelles le 3 novembre 1857, à neuf heures du matin; le col utérin est ouvert d'un doigt, long et souple, les eaux écoulées depuis la nuit. Le rétrécissement est tel que l'étendue du diamètre sacro-pubien prise avec le compas boutonné mesure exactement 20 lignes. L'enfant est vivant et se présente par le sommet. Dans cette occurrence, il n'y avait que deux choses à faire : l'opération césarienne ou l'embryotomie. La femme se décide pour cette dernière opération, mais le moment de la délivrer n'était pas encore venu.

Dans la nuit du 8 au 9, les douleurs sont faibles, irrégulières dans

(1) *Clinique obstétricale* de Mattei. t. III, p. 301 et suiv.

leur retour, les bruits du cœur fœtal ont cessé. Dans la nuit du 9 au 10, les douleurs reviennent toutes les demi-heures, sans que l'orifice utérin s'ouvre plus que la veille, Le 11, à six heures du soir, l'ouverture du col est large comme un gros sou, les douleurs deviennent expulsives. On attend une dilatation plus grande et l'opération est fixée à huit heures du soir. Tout était disposé pour faire la section crânienne lorsque sous l'empire d'énergiques contractions « la tête « est spontanément expulsée, mais on est obligé de dégager le tronc « au moyen du crochet-mousse poussé dans l'aisselle postérieure (1).

Ici l'enfant était dans un état de putréfaction très avancée. Les os de la voûte et même de la base crânienne étaient mobiles, complètement dissociés. Grâce à cette décomposition, la tête avait pu se mouler sur la filière pelvienne, s'y accommoder et la franchir malgré le grand rétrécissement dont elle était le siège. Le tronc n'avait pu subir un tel amoindrissement, aussi la résistance ne put être vaincue que par les tractions énergiques du crochet-mousse.

OBS. XXXIII (abrégée). — *Rétrécissement de 6 centimètres. — Extraction de la tête fœtale à l'aide de la céphalotripsie répétée. — Rétention du tronc qui ne peut être amené que par le même moyen.*

La nommée F... (Elisa), âgée de 19 ans, d'une constitution ordinaire, primipare, est d'une petite stature (1 m. 30) avec membres inférieurs courts, jambes infléchies et arquées en avant et en dedans. Elle dit n'avoir marché qu'à l'âge de 3 ans avec des machines orthopédiques. Réglée à 17 ans pour la première fois, elle a cessé de voir ses règles le 22 juillet 1861. Le 24 mai, on l'apporte à la Clinique à quatre heures du soir. Elle est enceinte, à terme; le travail s'est déclaré depuis la veille au matin. Le 24, à la visite du soir, la femme est dans l'état suivant. La dilatation de l'orifice égale la largeur d'une pièce de 2 francs, la partie fœtale qui se présente est la tête placée fort au-dessous du détroit supérieur. On arrive par le toucher jusqu'à l'angle sacro-vertébral, la mesure exacte donne un diamètre.

(1) *Presse medicale belge*, année 1857.

antéro-postérieur de 6 centimètres avec réduction, les contractions sont fréquentes, mais peu énergiques; l'état général est bon. Dans la nuit du 24 au 25, les contractions deviennent plus fortes, mais sans résultats, car le 24 mai, à huit heures et demie du matin, la dilatation est la même, mais l'état est moins bon, le pouls bat 112; l'auscultation ne révèle aucun bruit du cœur fœtal.

A dix heures du matin, M. Pajot se décide à faire la perforation du crâne dans l'espérance de hâter la dilatation. A deux heures de l'après-midi, les choses sont presque dans le même état, mais le pouls est faible, bat 130; cependant la dilatation de l'orifice a un peu augmenté et permettrait le passage des branches du céphalotribe.

La femme est chloroformée et M. Pajot procède à l'application de l'instrument; elle se fait sans grandes difficultés, les branches distendent fortement l'orifice utérin, tant il est encore étroit; la tête est saisie solidement et très haut, on la broie, on lui imprime un léger mouvement de rotation, et on retire le céphalotribe pour le réappliquer. Trois applications successives sont faites avec les mêmes précautions, chaque fois la tête a été fortement saisie; on s'est bien gardé de faire aucune traction. A six heures du soir, la tête est descendue et entr'ouvre la vulve; la femme a eu des contractions vives et soutenues, l'état général est le même. « Une nouvelle application du céphalotribe amène sans difficultés la tête hors des parties génitales, mais les épaules sont retenues. On pratique la section du cou et on applique l'instrument sur le tronc. » On exerce quelques tractions modérées; une deuxième application amène l'épaule droite sous la symphyse; elle se dégage la première et l'extraction a lieu à six heures trois quarts. La femme est reportée dans son lit, ayant bien supporté l'opération et sans manifester beaucoup de douleur, quoiqu'elle n'ait point été chloroformée. Le 8 juin, elle sort de l'hôpital, bien portante (1).

On voit ici que le tronc fœtal n'a pu suivre la tête, retenu qu'il était encore par le rétrécissement. Le fœtus, quoique mort, n'était pas ramolli comme dans le cas précédent; aussi n'a-t-il pu céder aux premières tractions du céphalotribe. En

(1) *De la céphalotripsie répétée sans tractions*, par Ch. Pajot, p. 20 et suiv.

même temps il a fallu deux applications successives de l'instrument pour réduire le tronc et le faire sortir d'après le mécanisme indiqué plus haut.

Dans ce groupe de faits, il est facile de constater ce qui suit: *sept fois l'obstacle* à l'extraction définitive du tronc fœtal dépendait de la mère : *une seule fois,* on a pu influer sur l'obstacle de manière à rendre l'expulsion de l'enfant assez facile. *Dans les six autres cas*, l'obstacle était impossible à renverser, il fallut agir directement sur le fœtus pour l'amener au dehors. Les manœuvres opérées ont donné pour les enfants trois morts; la mère s'est toujours rétablie complètement. Excepté un fait, les six autres furent éclairés par un diagnostic précis.

Obs. XXXIV. — *Brièveté naturelle du cordon, la tige ombilicale retient l'enfant dont la tête est hors de la vulve.*

La femme du nommé R..., raffineur de sucre, accoucha pour la première fois le 12 janvier 1770. Le travail fut long et fatigant; la tête de l'enfant après avoir passé le couronnement resta plus de six heures à descendre et à remonter alternativement; « elle ne franchit la « vulve qu'à l'aide de la méthode de Smellie » que je fus obligé d'employer. Presque aussitôt l'enfant se mit à crier et respira. Je crus l'accouchement terminé, mais il fallut attendre encore de nouvelles douleurs. « Les épaules n'étaient point enclavées et la résis« tance était plus profonde. » Enfin, après quelques contractions utérines que la femme seconda par ses efforts, le reste de l'enfant sortit. Dans ce dernier moment, la femme porta machinalement les mains sur son ventre comme pour l'enfoncer dans le bassin. Ce qui me fit présumer que la matrice avait suivi cette impulsion et était descendue effectivement, c'est que dès que l'enfant fut dehors et que l'effort de la mère eut cessé, l'ombilic de l'enfant fut entraîné contre la vulve et s'en trouva si près qu'il ne resta point d'espace pour faire la ligature du cordon ombilical qui était très gros et très court; je fus obligé d'attendre que le délivre se détachât, ce qui ne tarda que quelques instants (1).

(1) Leroux, obs. XLII, p. 111.

OBSERVATION XXXV (personnelle).

En mars 1877, nous sommes appelé au matin près d'une jeune femme primipare, âgée de 21 ans, qui souffrait depuis deux jours, sans pouvoir accoucher. La sage-femme nous apprit qu'il y avait bien huit heures que la tête séjournait dans l'excavation, sans pouvoir descendre plus bas. Le toucher pratiqué reconnut la suture sagittale dans le plan du diamètre antéro-postérieur, mais les doigts ne purent aller jusqu'au cou de l'enfant, attendu que la tête était comme emboîtée dans le bassin. « Une application immédiate du forceps fit sortir la tête au dehors de la vulve, mais le tronc subit un temps d'arrêt. » L'aisselle postérieure fut vite accrochée par l'index, et le reste du fœtus put arriver en bloc avec le délivre. L'enfant, presque inanimé, revint à la vie, grâce à des soins empressés. Le cordon ombilical mesurait seulement 12 cent. 1/2. Hémorrhagie subséquente amenée par le décollement brusque du placenta; elle est réprimée par la titillation du col utérin et la compression du corps de l'organe.

Dans ces deux observations, l'arrêt du tronc dépend d'une cause *profonde*, inaccessible au toucher, c'est-à-dire de la brièveté naturelle du cordon, qui ne peut se révéler, comme la brièveté accidentelle, par une ou plusieurs circulaires autour du cou fœtal. C'est pour ce motif que nous avons reporté l'histoire de ces deux faits à la deuxième partie de ce mémoire. Dans l'un, l'expulsion du tronc s'est faite au moyen de tractions dans l'aisselle, parce qu'il manquait bien 3 centimètres au cordon pour qu'elle fût spontanée, Dans l'autre, cette expulsion eut lieu naturellement, parce que le cordon devait avoir une longueur de 15 centimètres au moins, quoiqu'elle ne soit pas notée par Leroux. Pour expliquer ce dénouement de part et d'autre, il faut tenir compte des explications que donne M. Chantreuil. En effet, dit cet habile accoucheur, la distance moyenne entre l'ombilic et le fond de l'utérus, lieu d'insertion habituelle du placenta, peut être évaluée à 10 centimètres, dans les cas de présentation de la tête. Ajoutons que le fond de l'u-

térus s'abaisse à mesure que le travail avance. Néanmoins cet abaissement serait insuffisant par lui-même; il faut encore que le cordon fournisse une longueur de 5 centimètres au moins, pour que la partie fœtale, en la supposant profondément engagée dans l'excavation, puisse sortir au-dessous du pubis. On peut donc s'attendre à voir le cordon opposer des obstacles considérables, dans les cas de présentation de la tête, s'il n'a pas au moins 15 centimètres de longueur (1).

L'arrêt du tronc peut être causé par un développement exagéré de certaines parties du corps du fœtus ou par des tumeurs développées à sa périphérie. La nature de ces tumeurs varie beaucoup et l'examen n'en a pas toujours été fait avec assez de soin pour qu'on puisse déterminer d'une façon précise les éléments qui les composent. On peut au moins reconnaître à peu près les régions où elles se développent le plus souvent. C'est surtout vers la base de la colonne vertébrale et du côté de l'abdomen qu'on les remarque; plus rarement à la tète ou à la région cervicale. A mesure que ces tumeurs s'éloignent de la vulve, à mesure aussi le diagnostic en est difficile à établir par le toucher. Le mode d'intervention ne pouvant être prévu d'avance, l'accoucheur doit avant tout s'inspirer des circonstances. Toutefois, il est un principe qu'il ne faut pas perdre de vue : c'est que dans tous ces cas, l'action chirurgicale doit s'exercer en vue de la conservation de la mère, et l'existence de l'enfant doit être sacrifiée à son salut. Autant que possible, on doit éviter les tractions à outrance dans le but de se débarrasser de l'obstacle, parce qu'elles peuvent avoir de fâcheuses conséquences pour la mère. Si l'on est excusable d'employer la force aveugle, ce n'est qu'après avoir tenté vainement une opération sur le corps du fœtus.

---

(1) *Des dispositions du cordon qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement*, par G. Chantreuil, p. 70.

Obs. XXXVI. — *Présentation du sommet. — Tête sortie au dehors avec un bras depuis une heure. — Arrêt causé par une tumeur liquide siégeant au cou.*

Le Dr Chalmer fut appelé près d'une femme qui était en travail depuis longtemps : « Il y avait déjà une heure que la tête était au de« hors, » un bras l'avait accompagnée, on alla chercher l'autre, puis les pieds, « et cependant l'enfant ne pouvait être séparé de la mère. » A l'aide du toucher, on reconnut comme une seconde tête qui, fixée immobile derrière le pubis de la mère, attenait au fœtus par une base assez large et semblait un pivôt sur lequel il pouvait tourner ; « après « maintes tractions l'accouchement fut terminé. » L'enfant était mort pendant le travail, car la mère assura l'avoir senti remuer pendant quelque temps avant qu'il eût commencé. La tumeur siégeait au cou, un peu déviée à gauche, et renfermait beaucoup de liquide ; la poche était très vaste, les trois premières côtes gauches et la partie correspondante des vertèbres sur lesquelles la tumeur se trouvait implantée étaient entièrement détruites (1).

Au lieu de faire des tractions répétées, il eût mieux valu, pour ménager la mère, pratiquer une ponction dans la tumeur et la vider, puisqu'elle était très accessible au toucher. D'ailleurs, il n'y avait pas besoin d'un diagnostic si précis, puisque l'enfant était mort.

Obs. XXXVII. – *Présentation du sommet. — Extraction de la tête par le forceps. — Temps d'arrêt du tronc causé par une tympanite partielle.*

En 1753, Smellie fut appelé par une sage-femme pour un cas dans lequel il se servit du forceps afin « d'extraire la tête fœtale au de« hors. Ne pouvant faire sortir le reste du corps de l'enfant, » il fut contraint d'ouvrir d'abord le thorax et ensuite l'abdomen qui était notablement tympanisé. Grâce à cette manœuvre, le tronc fut entraîné au dehors.

(1) *The Lancet*, 1828, t. II, p. 638.

Obs. XXXVIII. — *Présentation du sommet. — Extraction de la tête avec le forceps. — Temps d'arrêt du tronç causé par l'emphysème général du fœtus.*

M. Chassaignac fut appelé auprès d'une primipare de 41 ans, en travail depuis trois jours. Application réitérée du forceps « sur la « tête, qui ne put être amenée au dehors qu'au prix de fractures et « de la disjonction de plusieurs os ; impossibilité d'engager le tho- « rax. » M. Depaul appelé trouve la tête du fœtus déformée, vidée, exhalant une odeur fétide et « pendante entre les cuisses de la mère. »

L'abdomen de celle-ci très distendu donnait le son de la tympanite la plus prononcée. L'habile accoucheur soupçonna que la difficulté était due à la putréfaction de l'enfant, et à un développement considérable de gaz dans les tissus et la cavité utérine. Il essaya des tractions sur le cou ; mais la résistance énorme qu'il avait à vaincre, la facilité très grande avec laquelle les vertèbres se séparaient, les résultats nuls qu'il obtint de l'application réitérée des crochets, l'engagèrent à recourir au céphalotribe. Il l'introduisit sans difficulté sur les côtés du bassin ; il le serra de manière à obtenir une réduction considérable et un moyen de traction solide. Pendant ces manœuvres, exhalaison d'une quantité considérable de gaz infect par le vagin. Après des tractions assez fortes, « la poitrine s'engagea et bientôt « l'enfant tout entier fut extrait. » Délivrance facile.

Le fœtus très gros, avait des membres dont le volume était au moins doublé par une infiltration de gaz qui avait pénétré les tissus cellulaires superficiels profonds. L'abdomen et le thorax étaient aussi énormément développés, La malade mourut six heures après (1).

Les deux observations précédentes démontrent clairement que l'accumulation des gaz peut ou se généraliser dans le corps du fœtus, ou bien se localiser dans son ventre. De là, résultent autant d'obstacles à l'extraction définitive du tronc, quand la tête a pu franchir librement ou violemment l'orifice vulvaire. D'une part, le corps du fœtus tout entier a pris un tel volume que les tractions avec les doigts ou les crochets demeurent im-

(1) *Journal de chirurgie* de Malgaigne, 1845, t. III, p. 153.

puissantes à l'extirper et que, pour obtenir ce résultat, il est nécessaire de l'amoindrir avec le céphalotribe. D'autre part, il suffit d'ouvrir le thorax et l'abdomen pour donner issue aux gaz. Après ces manœuvres préalables, il est possible dans les deux cas d'amener au dehors le reste du tronc fœtal.

OBS. XXXIX. — *Extraction de l'enfant par le sommet jusqu'aux épaules. — Arrêt du tronc à cause d'une ascite.*

De Lamotte, chez une femme en travail depuis deux jours, « fit « l'extraction de l'enfant par le sommet jusqu'aux épaules; » mais alors, il fallut agir avec beaucoup de force pour l'extraire complètement. « La difficulté tenait au développement du ventre, » distendu par trois pintes (3 kilog.) d'eau brune, tirant sur le vert. L'enfant avait succombé (1).

OBS. XL. — *Extraction de la tête fœtale. — Temps d'arrêt du tronc à cause d'une ascite et d'une hypertrophie de la rate.*

Un accouchement par le sommet commence bien; « la tête est ex- « pulsée au dehors, mais le tronc résiste aux tractions opérées sur « lui. » Le Dr Petit-Mangin (de Remireront) est obligé d'ouvrir la poitrine « dégagée en partie de la vulve, » pour pénétrer dans le ventre à travers le diaphragme. Il évalue à 12 ou 15 litres le liquide qui s'échappe de la cavité abdominale. A l'autopsie, la rate fut trouvée hypertrophiée et pesant environ une livre et demie.

Au sujet de ce dernier fait, l'opérateur a bien réussi en ouvrant la poitrine et le diaphragme, et cette manœuvre vaut beaucoup mieux que les simples tractions d'abord essayées et que les tractions violentes exercées sur le fœtus dans le cas précédent.

(1) *Traité des accouchements* de De Lamotte, t. II, p. 982.

OBS. XLI. — *Présentation du sommet. — Sortie de presque tout le tronc du fœtus. — Temps d'arrêt causé par un kyste séreux de la paroi abdominale.*

Mme M..., âgée d'environ 30 ans, déjà mère de plusieurs enfants, était depuis plusieurs heures dans les douleurs de l'enfantement, lorsque son accoucheur fut appelé le 9 mai 1832. La poche des eaux était percée depuis la veille; « la tête et le tronc de l'enfant jusqu'au « sacrum » avaient traversé le col de la matrice, l'enfant était évidemment mort. L'utérus depuis plusieurs heures était dans l'inertie et « malgré la sortie de presque tout le tronc du fœtus, le ventre de la mère n'était point affaissé, et l'on voyait à l'épigastre une tumeur arrondie qu'on ne pouvait palper que bien légèrement eu égard aux douleurs qu'en éprouvait la malade. L'accoucheur procéda au toucher; du côté droit du bassin l'introduction de la main était absolument impossible; du côté gauche, elle pénétrait assez facilement. L'index étant donc glissé dans l'utérus, on reconnut que le bassin du fœtus n'en était pas encore sorti, et « qu'il existait une masse unie à l'en- « fant qui paraissait être l'obstacle qui empêchait sa sortie. » Après quelques tractions inutiles, on fit appeler plusieurs médecins des environs qui décidèrent qu'il fallait ponctionner cette tumeur, mais cette ponction fut reconnue impraticable. On recourut donc à de nouvelles tractions qui amenèrent le tronc de l'enfant; on tira ensuite sur les deux jambes dont une était sortie depuis longtemps. On sentit une vive résistance vaincue et des flots d'un liquide jaune et limpide se répandirent dans l'appartement. On vit alors que la difficulté était venue « d'une hydropisie enkystée du fœtus. » La tumeur, du volume de la tête d'un adulte, s'étendait en haut à un pouce et demi au nombril, en bas au pubis, et latéralement aux hypochondres; elle était située entre les téguments et les muscles abdominaux, et formée d'un tissu cellulaire condensé parsemé d'apparence adipeuse. La mère se rétablit (1).

Cette observation montre que dans certains cas, non-seulement le diagnostic est impossible, mais que l'intervention manuelle n'est guère plus facile que le diagnostic.

---

(1) *Gaz. med.*, 1833, p. 418.

OBS. XLII. — *Extraction de la tête fœtale. — Arrêt du tronc par une énorme tumeur du foie.*

Nœggerath fut appelé le 8 septembre 1854, chez une femme dont le travail avait commencé. La tête s'était engagée facilement, le bassin était bien conformé. L'arrêt du travail nécessita une application de forceps énergique et « répétée qui put faire sortir la tête seulement ». Enfin, en agissant avec force sur les épaules on put amener un fœtus mort, ayant un développement abdominal quatre fois plus considérable qu'en l'état normal; cet excès de volume était causé par l'hypertrophie du foie qui remplissait le ventre et recouvrait les intestins. Il mesurait 24 centimètres de hauteur, 15 de largeur et 8 d'épaisseur (1).

Nous répétons ici que la méthode des tractions violentes sur un fœtus mort vaut beaucoup moins que l'éviscération qui, en diminuant le volume de l'enfant, lui permet de passer librement à travers la vulve et de ménager la mère.

OBS. XLIII. — *Accouchement impossible par suite d'hypertrophie des reins du fœtus. — Expulsion de la tête. — Impossibilité d'extraire le reste du corps.*

Le Dr Mathew Duncan communique cette intéressante observation à la Société obstétricale d'Edimbourg. Le vendredi 8 juin, le Dr Hamilton est appelé auprès de Mme A..., 23 ans, primipare, La poche des eaux est rompue et la patiente est en douleurs constantes. Le col est rigide et non dilaté; ce n'est que samedi qu'il admet deux doigts, et le dimanche seulement, « la tête du fœtus se dégage. » Après de grands efforts, on parvient à faire sortir également les deux bras, « mais l'accouchement ne fait plus aucun progrès à partir de ce moment-là. » On passe un lien sous les aisselles du fœtus, et en tirant fortement, on peut passer la main gauche le long de la face antérieure du fœtus, on trouve le ventre excessivement augmenté de volume. L'enfant avait cessé de vivre à ce moment, L'éviscération partielle ne permettait pas d'extirper le fœtus, on sépara la tête et les

(1) *Gaz. hebd.*, 5 janvier 1855, traduction du Dr Morpain.

épaules; puis, au moyen de la version, la partie restante du corps fut définitivement amenée au prix de grands efforts. On trouve alors dans l'abdomen une tumeur qui semble être un rein hypertrophié, l'autre rein était resté dans l'utérus, d'où il fut enlevé avant d'effectuer la délivrance; chaque rein pèse un litre et mesure 13 cent. de long sur 13 cent. 1/2 de large dans son plus grand diamètre. Cet énorme volume est dû à un nombre considérable de kystes et au développement exagéré des tissus intertubulaires.

La guérison de la mère fut entravée par de la fièvre, un peu d'albuminurie et de la rétention d'urine (1).

Observation XLIV.

Le Dr Chevance a publié le récit d'un accouchement qu'une hypertrophie des reins a rendu extrêmement laborieux. Lorsque ce médecin fut appelé, « la tête complètement sortie » était déjà presque arrachée par des tractions impuissantes. M. Chevance introduisit la main dans l'utérus et crut avoir affaire à un fœtus hydropique. Il pratiqua une ponction inutile dans l'abdomen, fit une version sans plus de succès, et ce n'est qu'après avoir ouvert le ventre du fœtus et enlevé les reins hypertrophiés, du poids de 1000 gr., qu'il put enfin terminer l'accouchement (2).

Les deux cas dont nous venons de relater l'histoire offrent plus d'un point d'analogie; cependant dans l'un, la version put extraire la partie restante du corps fœtal, et dans l'autre elle échoua; il fallut pratiquer l'éviscération de cette partie restante pour en faire l'ablation définitive.

Obs. XLV. — *Présentation du sommet. — Expulsion de la tête jusqu'aux épaules. — Arrêt du tronc par suite de la distension énorme des uretères.*

Nous avons vu que le tronc du fœtus pouvait être arrêté par une

(1) *The obst. Journ. of Great Britain*, février 1878.
(2) *Union médicale*, 25 juillet 1857.

hypertrophie énorme des reins; il nous reste à démontrer que son expulsion définitive peut être empêchée par « la distension exagérée « des uretères et une dilatation démesurée de la vessie. »

Le 16 novembre 1871, entre à la clinique de Leipzig une fille enceinte pour la deuxième fois. « L'enfant, qui se présentait par la tête. « fut expulsé facilement jusqu'aux épaules, mais pour amener le « reste du tronc, de fortes tractions furent nécessaires.» L'enfant pesait 3,930 grammes et avait 53 centimètres en longueur. « L'obstacle à « l'expulsion tenait à la dilatation du ventre qui était constituée par « deux tumeurs réniformes placées l'une à droite et l'autre à gauche « de l'abdomen. » Au-dessous du nombril existait une troisième tumeur du volume d'une grosse noix.

Par suite de l'écoulement d'une grande quantité d'urine, ces umeurs diminuèrent notablement pendant la vie. Au troisième jour, à la suite d'une petite hémorrhagie ombilicale, l'urine sortit par le nombril et cet écoulement persista jusqu'à la mort, qui eut lieu cinq jours après la naissance. Les tumeurs latérales, encore très distendues par l'urine, avaient pour siège « les uretères énormément dila- « tés. » Par le fait de la pression à laquelle ils ont été soumis, les reins sont notablement atrophiés. La tumeur médiane reconnue pendant la vie était formée par la vessie dilatée (1).

OBS. XLVI. — *Présentation du sommet. — Extraction de la tête et des bras hors de la vulve. — Temps d'arrêt causé par un développement considérable des uretères et de la vessie.*

Une femme de 35 ans environ, multipare, est prise des douleurs du travail au septième mois. Après 50 heures de durée, celui-ci s'arrêta tout à fait au bout de plusieurs heures. M. Gandon, médecin à Le Blanc (Indre), appelé par la sage-femme, trouva en effet la tête de l'enfant, par trop volumineuse, placée dans le petit bassin et facile à contourner, regardant par le front la cavité cotyloïde gauche; la femme était bien conformée, seulement il n'y avait plus de douleurs. A l'aide de quelques manœuvres, l'accoucheur put « dégorger les bras « et la tête, puis les faire sortir hors de la vulve. Tous les efforts qu'on put employer furent incapables d'entraîner l'enfant, qui était

(1) Ahlfeld. *Arch. Gyn.*, t. IV, p. 161.

mort. M. Gandon jugea utile d'introduire la main qui lui fit constater l'existence « d'une volumineuse tumeur fluctuante, adhérente à l'enfant; » en passant entre cette tumeur et l'angle sacro-vertébral, il s'écoula près de 3 litres d'eau qui étaient retenus dans le haut de la matrice, et aussitôt le volume du ventre diminua beaucoup. L'accouchement ne se terminait pas cependant; il fallut réintroduire de nouveau la main jusqu'au-dessus de la tumeur, attendre une douleur utérine et à ce moment attirer la tumeur au dehors, ce qui réussit au premier essai. Une seconde après, l'accouchement était terminé; l'enfant était mort. En peu de temps la mère s'est rétablie. La tumeur attenante à l'enfant était flasque, fluctuante, pleine de liquide, et descendait dans certaines positions de l'enfant jusqu'aux genoux. En l'incisant, il en est sorti au moins 2 litres d'un liquide incolore et inodore. « Il a été aisé de constater qu'elle était formée par la vessie « énormément dilatée. » Cette vessie présentait, en effet, des dimensions comparables à celles d'une vessie d'adulte très développée par une longue rétention d'urine. « Les uretères aussi très distendus « étaient plus volumineux que le rectum. Tous les autres organes « étaient bien conformés (1).

Dans l'observation XLV, il a fallu employer de fortes tractions pour extraire le tronc fœtal, et cependant les uretères seuls étaient dilatés; dans l'observation précédente, l'obstacle dépendait d'une dilatation double des uretères et de la vessie, et il a suffi du simple passage de la main sur la tumeur pour la rompre, et une fois vidée l'accouchement se termina promptement.

OBS. XLVII (abrégée). — *Présentation du sommet. — Sortie de la tête et arrêt du tronc par une rétention considérable d'urine dans la vessie.*

Madame X..., âgée de 28 ans, de vigoureuse constitution, multipare, est prise des douleurs du travail le 24 juillet 1840, et le lendemain, 25, à 7 heures du matin, « des douleurs fortes et rapprochées chas- « sèrent l'extrémité céphalique hors de la vulve. Mais les choses s'ar- « rêtèrent à ce point, au grand étonnement de la sage-femme qui, « saisissant alors la tête avec les mains fit des tractions dans le but

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1846, p. 103.

« de dégager le tronc » ; ces tractions, faites avec énergie, fure
suivies de la rupture de la colonne vertébrale, puis la tête se détacha
« du tronc qui resta dans la cavité utérine. » La main fut alors intro-
duite. Un bras saisi et dégagé permit d'exercer de nouvelles tractions
mais celles-ci furent également inutiles et le membre thoracique fu
complètement arraché.

Roux, appelé, put introduire sa main dans l'utérus et s'empara
du bras qui restait. Il tira sur lui avec force, mais ce membre céda
dans l'articulation huméro-cubitale. La poitrine fut ensuite ouvert
les poumons et le cœur enlevés, plusieurs côtes arrachées, mais «
« fut impossible d'entraîner le tronc de l'enfant. »

Epuisés par des manœuvres pénibles qui avaient duré depuis h
heures du matin jusqu'à 1 heure de l'après-midi, ne pouvant d'ai-
leurs se rendre compte des difficultés qui existaient, Roux et la sag-
femme réclamèrent l'assistance de M. Depaul. Il était 2 heures
l'après-midi quand celui-ci arriva près de Mme X... Le doute ne pou-
vant être éclairci que par un examen direct, l'habile accoucheur
pénétrer sa main droite dans la matrice et put percevoir la sensati
d'une poche élastique remplie de liquide et en rapport dans tou
sa circonférence avec la surface interne de l'organe utérin.
chercha vainement les membres inférieurs, mais il fut impossi
de les trouver. Suivant alors le cordon dans une partie de s
étendue, il put constater que, par l'une de ses extrémités, il se te-
minait sur un point de cette énorme tumeur. On avait donc affa
à l'abdomen considérablement distendu par du liquide. Penda
que sa main était encore dans l'utérus, M. Depaul résolut
faire avec son doigt un trou aux parois abdominales. Après av
choisi un point voisin de l'insertion du cordon ombilical, il gra
avec l'ongle de l'index la peau, le tissu cellulaire et les aponévros
puis, il entra vite dans l'abdomen. Aussitôt un flot considérable
sérosité sanguinolente s'échappa. Saisissant alors la partie supérieu
du thorax, M. Depaul fit de nouveaux efforts pour l'entraîner, m
vainement. Pénétrant de nouveau vers le fond de l'organe utérin.
ne tarda pas à reconnaître que le ventre du fœtus était encore énor
En effet, son doigt indicateur réintroduit dans l'ouverture qu'il av
pratiquée, sentit qu'une tumeur fluctuante existait encore dan
cavité péritonéale. Grattant avec l'ongle dans le point qui se prése
tait, il le perfora et soudain il s'échappa brusquement une gra
quantité d'un liquide transparent, légèrement citrin, mais ne con

nant aucune trace de sang. Il en recueillit 2 litres dans un vase, et en y ajoutant celui qui tomba par terre et sur les linges, on peut sans exagération, porter à 2 litres 1/2 tout ce que contenait cette tumeur. Cette seconde collection de liquide avait pour siége la vessie. A mesure que le flot s'écoulait, le volume de l'utérus diminuait beaucoup « et il fut très facile de le débarrasser de la portion fœtale qu'il « contenait. » Elle ne représentait plus qu'une masse mollasse que M. Depaul saisit avec la main et qui céda sans résistance.

Délivrance facile, suite de couches naturelles (1).

La tumeur qui empêcha l'extraction du tronc fœtal était produite par une accumulation considérable d'urine dans la vessie. Ce diagnostic put être vérifié par l'exploration directe. De plus, à l'autopsie, on trouva la plus grande partie de la cavité péritonéale considérablement agrandie et occupée par l'organe urinaire.

Mais une autre complication existait encore pour rendre l'obstacle plus difficile : un épanchement se trouvait dans la cavité péritonéale et formait la première collection de liquide.

Il est bon de noter que la simple perforation de la tumeur iquide avec le doigt a pu la vider et aider à l'achèvement de 'accouchement.

En parcourant les observations qui précèdent, on ne tarde ›as à s'apercevoir que, presque toujours, l'exploration directe . pu établir un diagnostic positif, et qu'il en est résulté pour accoucheur une direction meilleure dans l'emploi des moyens hirurgicaux.

Seulement, dans les 14 observations dernières, l'obstacle ne épendait pas de la mère, comme dans le premier groupe de uits, mais il dépendait du fœtus lui-même ; aussi, pour le dé·uire, a-t-il fallu sacrifier l'enfant 12 fois sur 14. Ajoutons que . mère s'est presque toujours rétablie, puisqu'elle ne perdit la e que dans une seule circonstance.

Le groupe de faits relatés ci-dessus comprend des obstacles

1) *De la rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie fœtale*, par M. De·ıl, p. 6, 7 et suiv.

« de dégager le tronc » ; ces tractions, faites avec énergie, furent suivies de la rupture de la colonne vertébrale, puis la tête se détacha « du tronc qui resta dans la cavité utérine. » La main fut alors introduite. Un bras saisi et dégagé permit d'exercer de nouvelles tractions, mais celles-ci furent également inutiles et le membre thoracique fut complètement arraché.

Roux, appelé, put introduire sa main dans l'utérus et s'emparer du bras qui restait. Il tira sur lui avec force, mais ce membre céda dans l'articulation huméro-cubitale. La poitrine fut ensuite ouverte, les poumons et le cœur enlevés, plusieurs côtes arrachées, mais « il « fut impossible d'entraîner le tronc de l'enfant. »

Epuisés par des manœuvres pénibles qui avaient duré depuis huit heures du matin jusqu'à 1 heure de l'après-midi, ne pouvant d'ailleurs se rendre compte des difficultés qui existaient, Roux et la sage-femme réclamèrent l'assistance de M. Depaul. Il était 2 heures de l'après-midi quand celui-ci arriva près de Mme X... Le doute ne pouvant être éclairci que par un examen direct, l'habile accoucheur fit pénétrer sa main droite dans la matrice et put percevoir la sensation d'une poche élastique remplie de liquide et en rapport dans toute sa circonférence avec la surface interne de l'organe utérin. Il chercha vainement les membres inférieurs, mais il fut impossible de les trouver. Suivant alors le cordon dans une partie de son étendue, il put constater que, par l'une de ses extrémités, il se terminait sur un point de cette énorme tumeur. On avait donc affaire à l'abdomen considérablement distendu par du liquide. Pendant que sa main était encore dans l'utérus, M. Depaul résolut de faire avec son doigt un trou aux parois abdominales. Après avoir choisi un point voisin de l'insertion du cordon ombilical, il gratta avec l'ongle de l'index la peau, le tissu cellulaire et les aponévroses ; puis, il entra vite dans l'abdomen. Aussitôt un flot considérable de sérosité sanguinolente s'échappa. Saisissant alors la partie supérieure du thorax, M. Depaul fit de nouveaux efforts pour l'entraîner, mais vainement. Pénétrant de nouveau vers le fond de l'organe utérin, il ne tarda pas à reconnaître que le ventre du fœtus était encore énorme. En effet, son doigt indicateur réintroduit dans l'ouverture qu'il avait pratiquée, sentit qu'une tumeur fluctuante existait encore dans la cavité péritonéale. Grattant avec l'ongle dans le point qui se présentait, il le perfora et soudain il s'échappa brusquement une grande quantité d'un liquide transparent, légèrement citrin, mais ne conte-

nant aucune trace de sang. Il en recueillit 2 litres dans un vase, et en y ajoutant celui qui tomba par terre et sur les linges, on peut sans exagération, porter à 2 litres 1/2 tout ce que contenait cette tumeur. Cette seconde collection de liquide avait pour siége la vessie. A mesure que le flot s'écoulait, le volume de l'utérus diminuait beaucoup « et il fut très facile de le débarrasser de la portion fœtale qu'il « contenait. » Elle ne représentait plus qu'une masse mollasse que M. Depaul saisit avec la main et qui céda sans résistance.

Délivrance facile, suite de couches naturelles (1).

La tumeur qui empêcha l'extraction du tronc fœtal était produite par une accumulation considérable d'urine dans la vessie. Ce diagnostic put être vérifié par l'exploration directe. De plus, à l'autopsie, on trouva la plus grande partie de la cavité péritonéale considérablement agrandie et occupée par l'organe urinaire.

Mais une autre complication existait encore pour rendre l'obstacle plus difficile : un épanchement se trouvait dans la cavité péritonéale et formait la première collection de liquide.

Il est bon de noter que la simple perforation de la tumeur liquide avec le doigt a pu la vider et aider à l'achèvement de l'accouchement.

En parcourant les observations qui précèdent, on ne tarde pas à s'apercevoir que, presque toujours, l'exploration directe a pu établir un diagnostic positif, et qu'il en est résulté pour l'accoucheur une direction meilleure dans l'emploi des moyens chirurgicaux.

Seulement, dans les 14 observations dernières, l'obstacle ne dépendait pas de la mère, comme dans le premier groupe de faits, mais il dépendait du fœtus lui-même ; aussi, pour le détruire, a-t-il fallu sacrifier l'enfant 12 fois sur 14. Ajoutons que la mère s'est presque toujours rétablie, puisqu'elle ne perdit la vie que dans une seule circonstance.

Le groupe de faits relatés ci-dessus comprend des obstacles

(1) *De la rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie fœtale*, par M. Depaul, p. 6, 7 et suiv.

« de dégager le tronc » ; ces tractions, faites avec énergie, furent suivies de la rupture de la colonne vertébrale, puis la tête se détacha « du tronc qui resta dans la cavité utérine. » La main fut alors introduite. Un bras saisi et dégagé permit d'exercer de nouvelles tractions, mais celles-ci furent également inutiles et le membre thoracique fut complètement arraché.

Roux, appelé, put introduire sa main dans l'utérus et s'emparer du bras qui restait. Il tira sur lui avec force, mais ce membre céda dans l'articulation huméro-cubitale. La poitrine fut ensuite ouverte, les poumons et le cœur enlevés, plusieurs côtes arrachées, mais « il « fut impossible d'entraîner le tronc de l'enfant. »

Epuisés par des manœuvres pénibles qui avaient duré depuis huit heures du matin jusqu'à 1 heure de l'après-midi, ne pouvant d'ailleurs se rendre compte des difficultés qui existaient, Roux et la sage-femme réclamèrent l'assistance de M. Depaul. Il était 2 heures de l'après-midi quand celui-ci arriva près de Mme X... Le doute ne pouvant être éclairci que par un examen direct, l'habile accoucheur fit pénétrer sa main droite dans la matrice et put percevoir la sensation d'une poche élastique remplie de liquide et en rapport dans toute sa circonférence avec la surface interne de l'organe utérin. Il chercha vainement les membres inférieurs, mais il fut impossible de les trouver. Suivant alors le cordon dans une partie de son étendue, il put constater que, par l'une de ses extrémités, il se terminait sur un point de cette énorme tumeur. On avait donc affaire à l'abdomen considérablement distendu par du liquide. Pendant que sa main était encore dans l'utérus, M. Depaul résolut de faire avec son doigt un trou aux parois abdominales. Après avoir choisi un point voisin de l'insertion du cordon ombilical, il gratta avec l'ongle de l'index la peau, le tissu cellulaire et les aponévroses ; puis, il entra vite dans l'abdomen. Aussitôt un flot considérable de sérosité sanguinolente s'échappa. Saisissant alors la partie supérieure du thorax, M. Depaul fit de nouveaux efforts pour l'entraîner, mais vainement. Pénétrant de nouveau vers le fond de l'organe utérin, il ne tarda pas à reconnaître que le ventre du fœtus était encore énorme. En effet, son doigt indicateur réintroduit dans l'ouverture qu'il avait pratiquée, sentit qu'une tumeur fluctuante existait encore dans la cavité péritonéale. Grattant avec l'ongle dans le point qui se présentait, il le perfora et soudain il s'échappa brusquement une grande quantité d'un liquide transparent, légèrement citrin, mais ne conte-

nant aucune trace de sang. Il en recueillit 2 litres dans un vase, et en y ajoutant celui qui tomba par terre et sur les linges, on peut sans exagération, porter à 2 litres 1/2 tout ce que contenait cette tumeur. Cette seconde collection de liquide avait pour siége la vessie. A mesure que le flot s'écoulait, le volume de l'utérus diminuait beaucoup « et il fut très facile de le débarrasser de la portion fœtale qu'il « contenait. » Elle ne représentait plus qu'une masse mollasse que M. Depaul saisit avec la main et qui céda sans résistance.

Délivrance facile, suite de couches naturelles (1).

La tumeur qui empêcha l'extraction du tronc fœtal était produite par une accumulation considérable d'urine dans la vessie. Ce diagnostic put être vérifié par l'exploration directe. De plus, à l'autopsie, on trouva la plus grande partie de la cavité péritonéale considérablement agrandie et occupée par l'organe urinaire.

Mais une autre complication existait encore pour rendre l'obstacle plus difficile : un épanchement se trouvait dans la cavité péritonéale et formait la première collection de liquide.

Il est bon de noter que la simple perforation de la tumeur liquide avec le doigt a pu la vider et aider à l'achèvement de l'accouchement.

En parcourant les observations qui précèdent, on ne tarde pas à s'apercevoir que, presque toujours, l'exploration directe a pu établir un diagnostic positif, et qu'il en est résulté pour l'accoucheur une direction meilleure dans l'emploi des moyens chirurgicaux.

Seulement, dans les 14 observations dernières, l'obstacle ne dépendait pas de la mère, comme dans le premier groupe de faits, mais il dépendait du fœtus lui-même ; aussi, pour le détruire, a-t-il fallu sacrifier l'enfant 12 fois sur 14. Ajoutons que la mère s'est presque toujours rétablie, puisqu'elle ne perdit la vie que dans une seule circonstance.

Le groupe de faits relatés ci-dessus comprend des obstacles

(1) *De la rétention d'urine chez l'enfant pendant la vie fœtale*, par M. Depaul, p. 6, 7 et suiv.

qui siégeaient à l'intérieur du corps fœtal; il s'agit maintenant d'examiner ceux qui existent à sa phériphérie et qui opposent à la sortie du tronc une résistance au moins aussi énergique.

Obs. XLVIII. — *Seconde position du sommet, celui-ci franchit la vulve, suivi de la partie supérieure du tronc. — Temps d'arrêt causé par une énorme tumeur liquide de la région pubienne.*

Une femme d'environ 32 ans, saine et robuste, ayant déjà eu quatre couches heureuses, devint enceinte pour la cinquième fois. Lorsqu'elle fut arrivée au dernier terme de la grossesse, à peine les premières douleurs se firent-elles sentir qu'elles devinrent excessives. A la rupture des membranes on reconnut une 2e position de la tête; celle-ci franchit la vulve, suivie de la partie supérieure du tronc; *mais la partie inférieure avait tant de peine à sortir* que la sage-femme fut obligée d'appeler à son aide. La main droite par-dessus l'abdomen de l'enfant reconnut *une tumeur énorme* qui partait de la région sus-pubienne et formait une espèce de coin entre ses cuisses. Cette tumeur était dure, distendue et élastique comme la poche des eaux dans le fort des douleurs. En cherchant à la comprimer fortement avec l'index, elle se rompit tout à coup laissant écouler un liquide semblable à celui de l'amnios et en tout aussi grande quantité; alors l'accouchement put se terminer sans peine. L'enfant était vivant: c'était une fille.

La tumeur offrait les caractères suivants: elle était formée par un prolongement de la peau du bas-ventre et de la partie supérieure des cuisses; son volume était assez considérable pour lui permettre de toucher jusque vers le milieu des jambes; elle pouvait contenir au moins 2 pintes d'eau. La petite fille était bien conformée; elle mourut peu d'heures après sa naissance (1).

Obs. XLIX. — *Présentation du sommet. — Sortie de la tête. — Temps d'arrêt causé par une tumeur fongueuse de la région périnéale.*

Baudelocque rapporte l'observation suivante; « J'ai vu une tumeur « dont les dimensions surpassaient de beaucoup celle de la tête d'un

(1) Ozanam. *Journ. gen. de med.*, t. LX, p. 33.

« fœtus à terme, ayant 5 pouces de longueur et 4 pouces d'épais-
« seur en tous sens; elle était placée au bas du tronc et pendait entre « les cuisses. Sa nature était fongueuse et stéatomateuse; sa surface, « garnie d'un très grand nombre de veines, présentait le même aspect « que la surface du cerveau recouvert de la pie-mère, tant la peau était « devenue mince et transparente. *La tête traversa sans beaucoup de « difficultés le canal du bassin*; *mais j'en éprouvais de grandes difficultés « à extraire le tronc*, et, malgré tous mes soins, l'enfant périt au pas- « sage. N'ayant plus rien à ménager de ce côté, je proportionnai « mes efforts à la résistance que j'éprouvai; les téguments de la « tumeur se déchirèrent, elle s'allongea et s'accommoda à la forme du « bassin (1). »

Les deux observations précédentes offrent une certaine ressemblance; en effet, de part et d'autre, il s'agit d'une tumeur énorme, dont l'origine est distincte, mais qui vint pendre entre les cuisses du fœtus. Cette tumeur formait un obstacle invincible à l'expulsion du tronc, et si dans l'observation XLVIII, on a pu diminuer son volume, en la vidant du liquide qu'elle contenait, dans l'observation XLIX, il a fallu l'amoindrir en opérant sur elle des tractions violentes, parce qu'elle était solide.

OBS. L. — *Présentation du sommet. — Extraction avec le forceps de la tête, dégagement des bras et des épaules. — Temps d'arrêt causé par un spina bifida de la région lombaire.*

Primipare, 22 ans, grossesse bonne, ventre volumineux. Travail normal; la tête s'engage dans l'excavation et reste immobile malgré les contractions énergiques de la matrice. « Une application de forceps « amène la tête en dehors de la vulve; on dégage les bras et les « épaules, puis la progression du fœtus est arrêtée par un obstacle « invincible. »

Le chirurgien introduit la main dans le vagin et reconnaît sur la région lombaire une tumeur du volume de deux têtes d'enfant, molle,

(1) *Art des accouchements*, t. II, p. 257.

fluctuante, qui s'accrochait au détroit supérieur. La femme était épuisée. M. Vinchon perce la tumeur dont il s'écoula un flot de liquide sanguinolent, et l'enfant est expulsé. Il vécut quinze heures. L'autopsie n'a pas été faite; mais on sentait à travers la peau un écartement des vertèbres, d'un de 1/2 pouce environ, qui était le point de communication du sac avec e rachis (1).

OBS. LI. — *Présentation du sommet. — Expulsion de la tête fœtale. — Arrêt du tronc causé par un spina bifida et un kyste rétro-péritonéal.*

M. Jaenger mentionne un accouchement qui semblait devoir être spontané d'abord ; « la tête sortit facilement hors de la vulve ; mais « le reste du tronc ne put suivre malgré des tractions énergiques. » Cherchant à se rendre compte de l'arrêt du travail, l'accoucheur pratiqua le toucher et trouva le ventre du fœtus énormément distendu. De nouvelles tractions plus fortes n'ayant pas plus de succès, il perfora l'abdomen de l'enfant ; dès lors une grande quantité de liquide s'échappant, l'extraction du tronc fut aisément pratiquée.

L'autopsie montra un énorme kyste rétro-péritonéal, un spina-bifida avec grande accumulation d'eau. Les deux tumeurs ne communiquaient point, mais leur masse réunie était l'obstacle qui avait rendu le travail si laborieux (2).

Dans ces deux observations, l'exploration directe fit reconnaître des tumeurs fluctuantes et conséquemment liquides; aussi, la perforation de ces tumeurs, en les vidant, permit de terminer l'extraction du tronc fœtal. On ne dit pas comment la perforation fut pratiquée, mais on peut supposer que c'est au moyen de l'indicateur.

OBS. LII. — *Présentation du sommet. — Extraction de la tête et des épaules. — Arrêt du tronc par une tumeur due à une gibbosité de la région lombaire.*

Une femme, à terme d'une quatrième grossesse, était en travail

(1) *Gaz. med.*, 1838, p. 366.

(2) *Gaz. med. de Strasbourg*, 1846, p. 26.

depuis cinq jours ; les eaux étaient écoulées depuis trois. Le toucher montra que l'enfant était hydrocéphale ; le crâne vidé, on en fit péniblement l'extraction au moyen du forceps ; « mais après l'expulsion « de la tête et des épaules, » des tractions énergiques furent faites sans résultat ; réitérées avec plus de violence, l'enfant fut amené au dehors. « Une saillie semi-ovalaire » ; ayant 2 pouces de diamètre dans un sens et 15 à 18 dans l'autre, « formait une gibbosité à la région « lombaire. » C'était une tumeur qui, accrochée au pubis, avait empêché l'expulsion du fœtus (1).

OBS. LIII (abrégée) par M. BAILLY. — *Présentation du vertex, après la sortie de la tête et du tronc, l'enfant reste fixé à la vulve par le siège auquel adhère une tumeur volumineuse.*

Rousselot (Héloïse-Emilie), née à Paris, le 30 mars 1867. On ignore l'âge de la mère et si elle est ou non primipare.

« Après la sortie de la tête et du tronc qui s'effectue d'une manière « naturelle, l'enfant reste fixée à la vulve par le siège dont l'utérus « ne peut déterminer l'expulsion. » Elle reste unie à la mère dans cette position pendant une heure trois quarts, respirant normalement. Au bout de ce temps, les tractions exercées successivement par deux sages-femmes parviennent à extraire le bassin de l'enfant, auquel est surajoutée une énorme tumeur qui formait obstacle à la terminaison spontanée de l'accouchement.

Cette tumeur occupe exactement le sommet du bassin et paraît sortir de l'excavation pelvienne. Son volume égale celui d'une tête d'enfant à terme. Elle est aplatie d'avant en arrière, irrégulièrement conoïde, bosselée, et, par l'extrémité de son diamètre transversal, déborde de chaque côté du bassin d'environ 1 centimètre.

La masse morbide est recouverte à sa base, en arrière, par les fibres musculaires inférieures du grand fessier. Le doigt l'isole assez aisément de toutes les parties environnantes, et on limite ses attaches à un simple pédicule du volume de l'extrémité du doigt auriculaire qui semble se continuer avec les ligaments antérieurs et postérieurs du rachis, et aussi avec les enveloppes fibreuses de la moelle. Un lobe saillant, conique pénètre de bas en haut dans l'excavation pelvienne,

(1) Nivert, *Arch, gen. de med.*, première série, t. XIII, p. 618.

en refoulant le plancher du bassin fortement aminci. En avant, la tumeur est creusée d'un sillon vertical dans lequel est logé le rectum qui s'ouvre à 2 pouces environ du sommet de la tumeur (1).

OBS. LIII. — *Présentation du sommet. — Expulsion au dehors de la tête et de la poitrine du fœtus. — Temps d'arrêt causé par une tumeur à la région coccygienne.*

Femme âgée de 20 ans, entrée à la clinique le 18 décembre 1835, à terme. « L'accouchement par le sommet s'est fait normalement « jusqu'à l'expulsion de la tête et de la poitrine ; puis un temps d'ar- « rêt eut lieu, et des tractions assez énergiques amenèrent le reste « du corps. » Alors, on observe à la région coccygienne une tumeur de 5 pouces 6 lignes dans son diamètre transversal et de 4 pouces d'avant en arrière ; ses parois rougeâtres sont formées par un prolongement de la peau. Sillonnée par des veines, dure, bosselée, elle a l'aspect des tumeurs kystiques liquides ; elle est transparente à la lumière. C'était en effet un véritable kyste qui contenait, outre du liquide séro-sanguin, de la matière colloïde et encéphaloïde. Le rectum aplati était refoulé contre la paroi du vagin. Cette observation est empruntée à M. Kozlowski (2).

OBS. LIV. — *Présentation de la face. — Expulsion de la tête et des épaules. — Arrêt du reste du corps par une tumeur adhérente à la région sacrée.*

Mme X..., 22 ans, primipare, était arrivée au terme d'une grossesse très régulière ; elle était dans les douleurs de l'enfantement depuis plusieurs jours.

Dans la journée de 6 avril 1863, la dilatation était assez avancée pour qu'on pût reconnaître une présentation de la face.

Dans la nuit du 6 au 7, « la face put se dégager avec les épaules, » mais la sage-femme qui assistait Mme X... fut très étonnée « de ne « pouvoir dégager le reste du corps. » Elle fit appeler le Dr Chabrely qui reconnut une adhérence des fesses de l'enfant à une partie diffi-

(1) *Bulletin de la Soc. de chir*,, t. VIII, 1867, p. 301 et 302.
(2) Th. de Paris, 1836, n° 51, par Kozlowski.

cile à distinguer; de plus, la matrice était très volumineuse, ce qui semblait justifier la présence d'un second enfant. Le Dr Dubreuil (de Bordeaux) est appelé en second. « A mon arrivée, dit-il, « la face et « les épaules étaient expulsées ; » elles étaient froides et cyanosées, « la matrice avait de violentes douleurs ; « malgré d'énergiques « tractions, le tronc n'avançait nullement. » En portant ma main au-« dessus du détroit supérieur, et en suivant le plan postérieur de « l'enfant, je reconnus une adhérence de la région sacrée, sur une « surface lisse, arrondie, qui remplissait avec les membres inférieurs « toute la cavité utérine.

« L'accouchement étant impossible et l'enfant mort, nous décidâ-« mes de porter un crochet-mousse au-dessus de l'adhérence, et pen-« dant que le Dr Chabrely faisait des tractions sur les parties expul-« sées, je fis mes efforts pour ramener plus bas la région adhérente, « mais cette adhérence céda et le fœtus se dégagea. C'était une fille « bien conformée, qui portait sur la région sacrée une plaie, résul-« tant de la déchirure faite par la partie détachée.

« En parcourant avec le doigt la colonne vertébrale, surtout dans cette « région, elle ne présentait rien d'insolite, tous les tissus étaient par-« faitement normaux. Après la sortie de l'enfant et la section du cor-« don, je m'empressai de porter la main dans l'utérus. Cet organe « était rempli par une masse assez solide, mais qui présentait plu-« sieurs points faciles à déchirer ; je parvins à la saisir par sa partie « postérieure et à l'amener lentement au dehors, afin de ne pas la « déchirer.

« Ce corps était une tumeur de forme arrondie, à surface lisse, « présentant des bosselures molles et fluctuantes. A la partie adhé-« rente à l'enfant, on voyait des fragments de la peau qui la recou-« vrait ; le reste de la tumeur présentait une pellicule légère. Au « moment de sa sortie de l'utérus, cette tumeur pesait 1 kilogr. 1/2 ; « depuis, elle s'est beaucoup réduite (1). »

Obs. LV. — *Présentation du sommet. — Sortie de la tête et du tronc de l'enfant jusqu'aux hanches. — Temps d'arrêt causé par une tumeur tenant à une inclusion fœtale.*

La femme avait 22 ans, et était enceinte pour la deuxième fois.

(1) *Bull. de la Soc. chir.*, année 1863, p. 525.

Les douleurs continuent toute une nuit sans interruption et le col reste fermé. Dans la matinée cependant, la dilatation commence et une poche de liquide se présentant est percée et donne issue à un livre d'eau environ. Néanmoins le travail s'arrête. Capuron reconnaît une nouvelle poche rénitente et attend. A 1 heure du matin, les douleurs se réveillent, la saillie de la nouvelle poche augmente ; perforée, elle laisse écouler environ 8 ou 10 pintes de liquide. « L'enfant ne tarde pas à sortir, mais se trouve arrêté au niveau des hanches par un obstacle très résistant. » On sent une tumeur plus grosse que la tête d'un fœtus à terme et adhérant à la partie postérieure et inférieure du tronc. Les parois en sont souples et molles ; quoique distendues, on les rompt, et il s'écoule une grande quantité de liquide qui, en diminuant le volume de la tumeur, rend facile l'extraction complète du fœtus.

Il s'agissait dans ce cas d'une tumeur constituée par l'agglomération des débris d'un produit informe de la conception, débris contenus dans un sac cutané péritonéal (1).

Obs. LVI du Dr CHEDEVERGNE. — *Présentation du sommet. — Occiput dégagé en première position. — Tête et membres supérieurs ayant franchi la vulve. — Temps d'arrêt causé par une tumeur située à la région sacrée et constituée par une inclusion fœtale.*

La nommée Kieffer entre à l'hôpital de Lariboisière, le 28 janvier 1861. A 1 heure du matin, je suis appelé auprès d'elle, l'accouchement ne pouvant se terminer par les seules forces de la nature. Je trouve le tronc engagé, dos en avant, à travers le détroit inférieur et fortement étreint au niveau des cinquième et sixième côtes. L'enfant est bleuâtre, cyanosé, et il a cessé de vivre, On m'apprend que l'occiput s'est dégagé en première position, « que la tête et les membres supérieurs ont franchi la vulve, » il y a dix minutes, et que l'enfant a crié et vécu huit ou neuf minutes. Il expirait un instant avant mon arrivée. Le mouvement de rotation extérieure (cinquième temps) a manqué, puisque le dos regarde directement en avant, et « l'accouchement se trouve arrêté à un moment où il ne se rencontre presque jamais de difficultés. » Je cherche à me rendre compte de cette marche insolite et j'exerce immédiatement sur le fœtus de lé-

(1) Ext. des *Arch. gen. de med.*, t. XV, 1re série, p. 539.

gères tractions pour juger de la résistance ; il reste immobile. Je sens alors par la palpation à travers la paroi abdominale, dans le flanc gauche, une tumeur volumineuse qui se dessine du reste très visiblement sous la peau. Je pense un instant à une grossesse double, mais j'ausculte et je n'entends aucun bruit.

Sans perdre mon temps en explorations inutiles, je fais placer la femme en travers sur le lit, les cuisses écartées, et n'ayant pas à ménager la vie de l'enfant, je le saisis avec une certaine force pour l'amener en dehors ; je gagne peu à peu du terrain, mais ce n'est qu'après plusieurs tentatives qui durèrent de cinq à dix minutes que sous l'influence d'un nouvel effort, « l'extraction s'opère brusquement. »

J'aperçois alors un fœtus d'un étrange aspect, il est du sexe féminin ; toutes les parties supérieures du corps ont une conformation normale, mais on voit se détacher des régions fessières deux tumeurs, chacune du volume d'une tête de fœtus à terme environ, qui pendent, soutenues par un assez large pédicule s'étendant de la région sacrée au périnée, sur lesquelles la peau se continue avec celle des parties voisines ; vues à une certaine distance, elles ont quelque ressemblance avec ces tumeurs volumineuses des bourses qui pendent entre les jambes. Les membres inférieurs, plus grêles que d'habitude, sont un peu déjetés en dehors. L'une de ces tumeurs est molle et fluctuante et en grande partie remplie de liquide ; l'autre est aussi élastique à la superficie, mais les parties solides y dominent. A la région sacrée postérieure, on sent une petite dépression indiquant que le canal sacré n'est pas fermé en arrière ; il y a un « spina bifida. »

M. Voillemier, à qui je montre l'enfant, diagnostique une « monstruosité par inclusion fœtale. » Cette opinion est complètement vérifiée par l'examen direct, puis par l'examen microscopique fait avec beaucoup de soin par M. Constantin Paul.

Ce dernier groupe de faits montre l'obstacle à l'issue du tronc fœtal constamment placé à l'extrémité inférieure de ce tronc, et conséquemment assez loin de la vulve. Aussi le diagnostic ne s'établit pas toujours nettement, et l'intervention chirurgicale ne s'exerce pas sans peine. On tire sur le fœtus qui demeure fixé dans les voies maternelles et, au moyen d'efforts de plus en plus énergiques, on fait sortir la portion restante du corps, comme dans l'observation LVI. Si les tractions simples échouent,

on porte la main dans l'utérus afin de préciser l'obstacle. Si celui-ci tient à une tumeur liquide, on peut la rompre comme dans l'observation LV° ; s'il tient à une tumeur liquide, on porte au-dessus d'elle un crochet mousse, comme dans l'observation LIV°, et on abaisse le tronc. Dans le cas où toute la masse formerait un bloc immobile et résistant, il vaudrait mieux pratiquer l'éviscération, afin de ménager les parties maternelles. Ainsi, dans l'observation LII des tractions énergiques ne purent extraire le tronc fœtal, et on fut obligé de les réitérer avec *plus de violence* pour faire sortir définitivement ce tronc qui portait à la région lombaire une gibbosité très accentuée. N'eût-il pas mieux valu diminuer le volume de l'enfant par l'éviscération abdominale ?

Dans les observations qui précèdent, l'obstacle a dépendu neuf fois de l'enfant, et il a fallu toujours agir sur son corps pour en triompher. Une seule fois, le fœtus a pu conserver la vie, mais la mère s'est rétablie dans tous les cas.

Récapitulation. — En jetant un coup d'œil sur les observations consignées dans la deuxième partie de ce mémoire, on peut s'assurer que plusieurs autres obstacles peuvent arrêter le tronc fœtal, lorsque l'extrémité céphalique a franchi l'orifice vulvaire. Qu'il nous soit permis de les réunir en faisceau pour leur donner plus de relief.

Ces obstacles constatés à une certaine distance de la vulve sont : une tumeur hydatique située dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, un développement sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus, un resserrement de l'orifice interne de l'utérus avec entraînement du vagin ; une insertion du placenta à la paroi antérieure de l'utérus avec position horizontale de la parturiente qui avait une fracture de jambe ; un rétrécissement du détroit inférieur, un rétrécissement du détroit supérieur ; une brièveté naturelle du cordon, une tumeur liquide siégeant au cou du fœtus ; une tympanite partielle et un emphysème général du fœtus ; une ascite et une ascite compliquée d'hypertrophie de la rate ; un kyste séreux de la paroi abdominale, une tumeur du foie, une hypertrophie des reins, une distension

énorme des uretères et une distension simultanée des uretères et de la vessie, une rétention considérable de l'urine dans la vessie et une énorme tumeur liquide de la région pubienne. Enfin diverses tumeurs adhérentes aux régions lombaires coccygienne et périnéale.

Les moyens employés pour venir à bout de ces résistances ont été assez longuement développés, et il est superflu de revenir sur leur histoire.

Pour les trente observations qui composent la deuxième partie de ce mémoire, 23 fois l'obstacle à la sortie du tronc dépendait du fœtus lui-même et 7 fois de la mère. Les manœuvres opératoires ont toujours été exercées sur le corps de l'enfant ; aussi le produit a-t-il fourni un contingent de 23 morts et la mère une seule mort.

En faisant une récapitulation générale, on ne tarde pas à s'apercevoir que mes 56 observations nous donnent 46 obstacles dus aux enfants et 10 dus à la mère. En outre, la mort frappa l'enfant 38 fois et la mère seulement 4 fois.

Ne terminons pas ce long mémoire sans exposer quelques réflexions appropriées au sujet qui vient d'être traité.

Ainsi qu'on vient de le démontrer surabondamment, quand la tête du fœtus est sortie des voies maternelles, l'arrêt du tronc tient à des obstacles qui deviennent de plus en plus difficiles à vaincre à mesure qu'ils s'éloignent de l'orifice vulvaire. Lorsque le tronc est retenu soit par le volume des épaules, soit par une rétraction spasmodique du col utérin, soit par toute autre cause à la portée de l'index, une manœuvre simple et bien dirigée peut rompre l'obstacle et achever l'accouchement. Mais si les tractions que peut supporter la colonne vertébrale du fœtus demeurent inutiles, si l'introduction de plusieurs doigts et même de la main entière, permettent de constater que la résistance est assez éloignée de l'orifice vulvaire, il s'agit de décider si la difficulté dépend de la mère ou de l'enfant. Au moyen de l'exploration directe, il est possible d'éclairer le diagnostic, surtout si l'obstacle tient à un rétrécissement du bassin ou à une tumeur pelvienne, ou bien à un développement insolite du thorax et de

l'abdomen du fœtus. Au reste, que l'obstacle dépende de la mère ou de l'enfant, la conduite de l'accoucheur est tracée d'avance. Toujours il faut conserver la mère et toujours il faut agir sur l'enfant soit par des efforts suffisants, soit par l'éviscération si les tractions ne réussissent pas à entraîner la partie restante du corps fœtal. Mais lorsque l'obstacle subsiste dans la région inférieure du tronc de l'enfant, il n'est pas toujours aisé d'arriver à préciser le diagnostic. Admettant que la main puisse atteindre les tumeurs qui naissent de ce point, il faudrait encore faire une distinction entre les tumeurs liquides et les tumeurs solides. Ainsi, dans l'hypothèse d'une tumeur fluctuante, il conviendrait de déterminer si le liquide est épanché dans la cavité péritonéale ou s'il est accumulé dans l'un des points des voies urinaires et dans la vessie en particulier.

Disons de suite qu'il est presque impossible d'arriver à quelque chose de positif à cet égard. Mais, si on ne peut donner au diagnostic ce degré de précision, la conduite de l'accoucheur ne peut se trouver gênée, car les moyens à employer pendant le travail sont identiques dans les deux cas.

Ainsi, quand l'enfant a cessé de vivre, il ne faut pas trop se préoccuper du lieu où doit être pratiquée la ponction et de l'instrument qui doit l'opérer.

Par exemple, dans un cas relaté plus haut, M. le professeur Depaul s'est fort bien contenté de l'indicateur au moyen duquel il déchira successivement les parois abdominale et vésicale. On peut aussi effectuer la ponction avec un trocart muni de sa canule. L'instrument devrait être assez long pour que, plongé par l'une de ses extrémités dans l'abdomen du fœtus, il pût dépasser par l'autre les parties génitales de la mère. C'est dans la région sous-ombilicale qu'il est bon de faire la ponction si l'enfant est encore vivant. En cherchant avec soin l'insertion fœtale du cordon, il sera facile d'arriver jusqu'au lieu d'élection. Relativement aux tumeurs solides qui sont affirmées ou seulement supposées, le moyen préférable sera l'éviscération du fœtus qui en diminuant son volume lui permettra de cheminer plus librement par la filière pelvienne. Les tractions trop violentes, exer-

cées sur lui, devront être évitées autant que possible, parce qu'elles exposent les voies génitales de la mère à des lésions plus ou moins graves (1).

CONCLUSION

De tous les faits passés en revue dans ce mémoire, il est permis de déduire la conclusion suivante :

Quand la tête fœtale a franchi l'orifice vulvaire pendant l'accouchement, si le tronc est arrêté par un obstacle siégeant tout près ou loin de la vulve, cet obstacle peut être surmonté sans nuire à la mère, dans la grande majorité des cas.

Presque toujours on doit agir sur l'enfant dont la vie se trouve plus ou moins compromise.

Tel est ce simple travail étroitement basé sur l'appréciation de certains faits recueillis dans la pratique journalière. En groupant dans un tout homogène ce qui était dispersé, s'il ressemble à une voûte où les pierres assurent la fermeté de l'ensemble par leur appui réciproque, il pourra jeter quelque rayons de lumière sur ce petit coin du domaine obstétrical. Alors, nous serons amplement satisfait, ne perdant jamais de vue cette sage réflexion de Littré : Dans l'ordre du savoir, la vérité se poursuit pour elle-même et sans autre récompense que le plaisir de l'avoir trouvée.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Opération de Porro (2). — M. J. Lucas-Championnière présente à l'académie deux femmes qui ont subi avec succès l'opération de Porro, c'est-à-dire l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique.

On sait que cette opération, faite pour la première fois par Porro,

---

(1) Voir la thèse d'agrégation du Dr A. Hergott : Des lésions fœtales qui peuvent entraver la marche de l'accouchement.

(2) Voir le mémoire du Dr Pinard, in *Annales de Gynécologie*, novembre, décembre 1879 et janvier 1880.

de Pavie, a été répétée d'abord en France par M. Fochier, de Lyon, le 2 février 1879, avec succès pour la mère et l'enfant; par M. Tarnier, à Paris, le 24 février, avec une mort, et une seconde fois le 20 mars de la même année avec succès pour la mère. Dans ces deux cas l'enfant était mort avant l'opération.

M. Lucas Championnière a pratiqué la même opération quatre fois à l'hôpital, avec deux succès pour la mère et quatre enfants venus vivants. Un enfant a succombé à une sorte d'accident.

Enfin un enfant n'a vécu que quatre jours, sans avoir jamais eu beaucoup de vitalité.

Par un hasard des plus singuliers, les quatre rétrécissements extrêmes ayant nécessité l'opération se sont présentés dans sa pratique dans l'espace de deux mois.

Si on se reporte aux tristes résultats donnés par l'opération césarienne à Paris, on voit que le succès est beau et c'est pour cela que Championnière présente ces deux opérées.

Toutes ces femmes présentaient des bassins rachitiques avec diamètre conjugué d'environ 6 centimètres ou au-dessous.

La première, Elisa A. âgée de 26 ans, primipare, entrée à la maternité le 27 octobre 1879, présente un type de rachitisme; sa taille est de 1 mètre 25.

En mesurant son bassin une première fois, on avait constaté un diamètre sacro-sous-pubien 078mm,, mais la femme se débattait, et depuis, lorsqu'elle fut mesurée pendant la chloroformisation, on a trouvé 073 millimètres,

M. Lucas Championnière a gardé cette femme en surveillance à la maternitépendant les trois dernières semaines de la grossesse; il l'a fait examiner par M. Tarnier, qui approuva son projet d'intervenir, étant très partisan de l'opération de Porro.

A ce moment, il n'était pas encore absolument décidé à recourir à l'opération de Porro plutôt qu'à l'opération césarienne simple.

Le 19 novembre au matin, début du travail sans rupture dela poche des eaux. Un peu d'écoulement sanguinolent; effacement du col. L'opération fut décidée pour le soir.

A trois heures et demie, toutes les précautions étant prises, on commence l'opération. Grande incision sur la ligne médiane de 15 à 16 centimètres, dépassant un peu l'ombilic en haut, le chirurgien arrive rapidement sur l'utérus,

Aussitôt celui-ci incisé, un flot de sang des plus effrayants semontre.

La section est rapidement achevée; on extrait par les pieds une fille vivante du poids de 2700 grammes, puis le placenta, et, avec deux pinces à kyste, appliquées au préalable sur les bords de la section, le chirurgien attire l'utérus au dehors.

Il passe deux broches dans le segment inférieur de l'utérus; au dessous un fil de fer, entre les deux, un second fil de fer, qui sont serrés avec le ligateur Cintrat. Résection de l'utérus, des deux ovaires et des trompes.

Sutures de la paroi abdominale, six profondes et une superficielle, perchlorure de fer sur le moignon et pansement de Lister parfait.

Opération de trois quarts d'heure.

Les suites de l'opération ont été simples; la plus haute température a été de 38° 9, le 21 au soir.

Enlèvement successif des sutures jusqu'au 28, puis des broches. Chute du pédicule le 13e jour. 20 décembre, cicatrisation complète.

Dans les derniers jours du mois, c'est-à-dire au bout de six semaines, la malade se levait, complètement guérie. Elle présente aujourd'hui un état parfait de son ventre avec légère excavation.

Le toucher constate un col mobile et gros. Elle a même eu déjà, sans accident, des rapports sexuels ver le 10 février.

L'enfant de cette femme, sortant d'une chambre à 23°, emmené au baptême, à l'Eglise, par les grands froids, le troisième jour après avoir été très vivace, s'est affaibli et est mort après 13 jours.

La deuxième malade, Adèle L... est entrée à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Potain, le 30 décembre. Elle a 23 ans, bien rachitique aussi, taille 1 mètre 30; diamètre sacro-sous-pubien 0,67 millimètres, c. a. d. 5 centimètres de diamètre sacro-pubien.

En travail depuis trente-six heures, a perdu les eaux depuis vingt-quatre heures.

M. L. Championnière l'opère le 30 Décembre à 9 heures du soir, après lui avoir fait donner du chloroforme pendant plusieurs heures pour calmer une agitation insupportable.

Cette fois-ci, la malade est en plein travail, avec une dilatation de l'étendue de la paume de la main.

Incision de la paroi abdominale de 16 centimètres, commencée franchement bien au-dessus de l'ombilic et descendant moins bas que pour la précédente. Ouverture de l'utérus, avec hémorrhagie assez importante. On arrive sur l'enfant dont on déplace une épaule et qui est extrait par les pieds. Il est beau, respire bien et pèse plus de 3000

grammes. Broches et deux fils de fer, sutures profondes; pédicule dans l'angle inférieur de la plaie, beaucoup plus élevé que chez la précédente. Pansement de Lister. L'opérée n'a jamais éprouvé aucun accident, sauf une accélération extraordinaire de la respiration au bout de vingt-quatre heures; 55 respirations à la minute. Elle n'a jamais atteint 38°de température. On ne l'a pansée que le 5e jour, puis le 9e jour.

A ce deuxième pansement le pédicule était tombé, au neuvième pansement, il ne restait plus qu'une ulcération très superficielle, à la fin de janvier.

Elle commence à se lever en février. Il y a longtemps qu'elle est en parfait état.

L'enfant, confié à une nourrice du service, est bien vivant, et, chez cette femme, la réunion des parois est si parfaite qu'on voit très peu de traces de l'opération, quoique celle-ci soit fort récente.

Il faudrait un mémoire pour rapprocher ces deux guérisons des deux autres opérations qui ont été suivies de mort.

M. Lucas Championnière a opéré à la maternité une femme le 3 décembre; elle est morte le 5 décembre, c'est-à-dire trente-six heures après l'opération. L'enfant vit.

Il en opère une autre dans son service à l'hôpital Cochin, le 17 janvier 1880; diamètre sacro pubien 49mm.

Très bien au début, elle a eu une violente attaque de nerfs au bout de quatre heures et est morte au bout de 23 heures. L'enfant a vécu trois jours.

L'auteur fait remarquer que tous ces cas de bassin, avec diamètre sacro-pubien de 6 centimètres ou au-dessous, ne comprennent que des femmes exposées à une mortalité énorme par la céphalotripsie; cas qu'il ne faut pas confondre avec ceux où le diamètre antéro-postérieur se rapproche de 7 centimètres.

M. Championnière tient à mettre les morts en regard des succès car il ne considère pas encore l'opération de Porro, comme quelques uns l'ont fait, comme devant remplacer dans tous les cas l'opération césarienne.

La cause de la mort, comme dans l'hystérotomie, est inhérente à la résection de l'utérus et à sa constriction, et les accidents que l'on observe sont probablement d'ordre réflexe, dus à l'ébranlement des plexus nerveux du ligament large. Par conséquent, à moins de mo-

difications grandes du procédé, l'opération reste d'une gravité menaçante.

Jusqu'à présent, on n'a donné aucune indication sur la méthode opératoire à suivre.

L'auteur croit qu'il est facile de démontrer, d'après ses propres observations, qu'il faut faire porter l'incision sur la paroi abdominale beaucoup plus haut qu'on ne l'a fait jusqu'ici ; on est bien plus assuré de pouvoir faire jusqu'au bout le pansement aseptique, en s'éloignant du pubis. Cela je l'ai obtenu exactement dans le second cas, un peu moins dans le premier.

L'utérus est toujours incisé trop bas. Il serait très probablement moins grave de n'en exciser qu'une portion de médiocre étendue.

Les précautions antiseptiques les plus parfaites doivent être prises.

Il est probablement plus avantageux pour la femme d'intervenir avant le travail.

Avec les précautions antiseptiques, un local spécial, immaculé, n'est pas nécessaire. M. Lucas Chiampionnière l'a prouvé en guérissant sa dernière malade dans une chambre mal aérée, qui a même servi quelquefois à isoler des maladies contagieuses.

Il faut à l'opérée de l'isolement, de la chaleur, du repos, des soins, des précautions antiseptiques incessantes, les réconfortants suffisants.

L'auteur termine en faisant remarquer combien sont précieux les secours des aides.

Les trois premières opérations ont été faites avec MM. Terrier et Périer, Paul, Championnière.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Rapport de M. le Dr Guéniot, *sur un travail de* M. le Dr Dezanneau, *intitulé* : **Contribution à l'étude de l'ovariotomie ; résumé statistique de quinze opérations.** — Ce travail renferme à la fois les statistiques des ovariotomies faites par l'auteur et l'exposé de la pratique qui fut suivie dans ces opérations. Rappelons-en les quelques points fondamenteaux.

Les ovariotomies exécutées par l'auteur sont au nombre de quinze. Sur ce nombre, M. Dezanneau compte onze guérisons et quatre morts.

Ces dernières ont eu lieu : deux fois par péritonite, et deux fois par dépression vitale ou choc opératoire sans qu'aucune lésion viscérale ait pu être constatée à l'autopsie. Dans toutes ces opérations la méthode antiseptique a été diversement utilisée lorsqu'elle a été appliquée avec vigueur, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas, les résultats ont été d'autant plus heureux et plus assurés.

La tumeur ovarique offrait-elle un volume extraordinaire, qui ait exigé pour son extraction, une longueur démesurée de la plaie abdominale? Notre habile confrère d'Angers au lieu de céder à cette nécessité, faisait fixer très étroitement la tumeur contre les bords de la plaie, puis il pratiquait dans la masse morbide une large incision à travers laquelle sa main allait déchirer les innombrables poches ou cloisons contenues dans l'enveloppe principale. A mesure que l'évacuation s'effectuait, les aides attirant de plus en plus la tumeur ainsi réduite, finissaient par la dégager complètement du dehors et cela sans qu'il fût nécessaire d'agrandir la plaie abdominale. Cet artifice opératoire, presque en tout semblable à celui que j'ai moi-même imaginé dès 1870, au sujet de l'opération césarienne, me paraît constituer une très utile ressource pour les cas de ce genre.

Restreindre l'étendue de la plaie abdominale est toujours une chose avantageuse, surtout quand on peut le faire sans augmenter en rien et même en les diminuant, les chances de souillures du péritoine. Aussi ne puis-je que féliciter M. Dezanneau d'avoir su mettre à profit ce procédé d'une manière si heureuse.

Pour attaquer des adhérences parfois extrêmement résistantes, notre confrère s'est constamment appliqué à ménager les viscères qui se trouvaient près de la tumeur ; et c'est toujours sur les tissus de cette dernière qu'il a opéré la section préférant avec raison abandonner quelques parcelles du néoplasme plutôt que de toucher à l'intégrité d'un organe important.

Le pédicule de la tumeur ayant été, dans tous les cas, retenu au dehors, M. Dézanneau a reconnu que cette pratique offrait de réels inconvénients. Aussi se montre-t-il tout disposé à suivre désormais l'exemple des chirurgiens qui le laissent dans la cavité abdominale.

L'usage des opiacés à dose fractionnée lui a paru d'autre part, tellement avantageux pour prévenir la complication inflammatoire, qu'il n'hésite pas à recommander d'y recourir pendant les jours qui suivent l'opération si le médicament ne peut pas être administré par la bouche, les injections sous-cutanées y suppléront. Grâce au

repos absolu de la malade qui est sondée toute les quatre heures et à l'immobilisation de l'intestin par les opiacés, M. Dezanneau croit avoir plusieurs fois conjuré l'explosion d'une péritonite. Pour ma part, il y a douze ans que, relatant ici une observation d'accouchement des plus compliqués (par le fait d'un fibrome utérin)je préconisais déjà l'immobilité absolue de l'intestin comme préservatif de l'inflammation péritonéale. Depuis lors je n'ai pas varié sur ce point, et je me joins volontiers à M. Dezanneau pour en proclamer non pas l'efficacité certaine, mais la constante utilité.

Pour le cas de tympanite très exagérée avec menace plus ou moins prochaine de suffocation, notre confrère s'est décidé à pratiquer la ponction de l'intestin ou de l'estomac, et les résultats heureux qu'il en a obtenus lui font aujourd'hui apprécier très haut cette ressource thérapeutique. Le fait le plus marquant qu'il cite à ce sujet est celui d'une femme Simon opérée à l'Hôtel-Dieu d'Angers d'un kyste compliqué de nombreuses adhérences, et chez laquelle, en l'espace de onze jours, il ponctionna jusqu'à dix huit fois l'estomac ou l'intestin, et cela toujours avec les effets immédiats les plus avantageux. La malade guérit.

Enfin parmi les suites éloignées de l'ovariotomie qui nous ont été signalées par M. Dezanneau, je vous rappellerai ce fait, que trois de ses opérées ont pu devenir ultérieurement enceintes et accoucher à terme sans aucun accident ; résultat très remarquable et d'ailleurs si bien connu, qu'un jeune confrère qui avait concouru, en qualité d'aide, à la guérison de l'une d'elles, n'hésita pas ensuite à la prendre pour épouse.

Il serait à désirer que la Société de chirurgie eût souvent à apprécier des communications d'une telle valeur.

M. Terrier croit que la méthode qui consiste à restreindre le volume du kyste en détruisant les diverses loges qu'il contient doit être rapportée à Spencer Wells. Ce dernier croyait que la gravité de l'ovariotomie est proportionnelle à l'étendue de l'incision de la paroi abdominale, mais voici l'écueil de cette manœuvre : au moment où on ouvre les loges il se fait une hémorrhagie parfois considérable, inquiétante même. C'est pour cela qu'il préfère agrandir l'incision de la paroi pour extirper les kystes volumineux. L'innocuité de l'ovariotomie tient à la rapidité de l'opération et au minimum de perte de sang pendant l'acte opératoire.

M. Duplay partage l'opinion de M. Terrier.

M. [illegible] a opéré comme M. Desanneau, dans deux cas en l'incision de la paroi abdominale dans toute sa hauteur comme l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis n'eût pas suffi. Il n'a pas eu d'hémorrhagie et [illegible] pensait pas à cette complication. L'introduction de la main [illegible] en ce cas lui semble indispensable pour assurer l'extirpation [illegible] gros kystes.

M. Anger a opéré de cette façon dans un cas. Il a eu une hémorrhagie [illegible] a rendu [illegible] recourir à la [illegible] par M. Péan [illegible]. A l'aide de [illegible] et d'anses métalliques M. Péan [illegible] une partie de [illegible]. Il n'y a pas d'hémorrhagie à [illegible].

M. Terrier n'a pas avancé que le procédé qui consiste à introduire [illegible] du kyste avec la main fût un mauvais procédé, mais il ne faut y recourir que dans l'impossibilité de faire autrement. Le morcellement a été surtout préconisé pour les tumeurs solides, mais pour les kystes, il constitue une déplorable méthode. Les parois des kystes ne résistent pas; elles se déchirent, laissant le liquide du kyste se répandre de tous les côtés. De plus on a de la peine à conduire où l'on veut ces longs trocarts, on agit en aveugle. Enfin on prolonge beaucoup la durée de l'opération.

M. Anger ne partage pas les craintes de M. Terrier au sujet de l'emploi des trocarts. Il est vrai qu'il existe des poches à parois fragiles, mais il en est d'autres où les parois sont très résistantes, et le morcellement est très avantageux dans ces cas.

M. [illegible], malgré la critique de M. Terrier, croit que le procédé qui consiste à introduire la main dans le kyste pour détruire les cloisons et les ramener ensuite au dehors ne doit pas être abandonné.

(Séance du 24 décembre 1879. *Bull. de la Soc.* [illegible], t. V, p. 161).

M. Le Fort fait un rapport oral sur trois [illegible] de Huguet [illegible]. Des malades atteintes de prolapsus [illegible] traitées par le procédé du professeur Le Fort. Nous [illegible] observations [illegible] de guérison [illegible] une de M. [illegible], une de M. [illegible] Alexandrie). [illegible] rappeler [illegible] fait [illegible] présentation [illegible].

[illegible] observation de M. Hu[illegible] une jeune

femme de 19 ans, syphilitique. Cette jeune femme, de mœurs légères, opérée avec un succès complet en décembre 1877, fut revue en septembre 1879. Le cloisonnement, haut de 0,03 cent. maintenait l'utérus parfaitement réduit, et cela, malgré des rapports sexuels complets et répétés.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de 48 ans, présentant un prolapsus complet avec rectocèle et cystocèle. Le prolapsus remonte à huit ans et s'est manifesté à la suite de la naissance d'un troisième enfant. Le périnée est déchiré jusqu'au sphincter externe qui est en partie compris dans la déchirure.

Le cloisonnement du vagin et la restauration du périnée réussirent complètement, La malade n'avait pas encore été revue en décembre 1879.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit encore d'une jeune fille de 19 ans, multipare, le prolapsus est survenu à la suite de violents efforts de travail. Une première opération n'amena aucun résultat, la malade ayant eu à la suite des convulsions hystériques sous l'influence desquelles les sutures sautèrent successivement.

Un mois après, nouvelle opération, cette fois suivie d'un succès complet. Le résultat se maintenait encore un an après.

M. Le Fort fait remarquer, à propos de la première de ces observations, que le cloisonnement du vagin ne s'est pas opposé aux rapports sextuels· Il est probable qu'il opposerait un certain obstacle à l'accouchement; toutefois l'examen des pièces envoyées par M. Zaucarol montre que la cloison artificielle pourrait être sectionnée sans danger. L'âge des malades ne serait donc pas une contre-indication à l'opération.

M. Duplay a eu deux fois l'occasion d'employer aussi ce procédé qui lui a donné deux succès. Les sujets étaient deux femmes, l'une de 50 ans, l'autre de 60 ans.

(*Séance du* 31 *décembre* 1878.)

Dr Chenet.

REVUE SEMESTRIELLE DES TRAVAUX ALLEMANDS.

Par le Dr Albert Puech,
Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

Atrésie de l'utérus gravide. — Cette rare cause de dystocie est toujours la suite d'une inflammation survenue pendant le cours de la grossesse. Quant aux causes de cette métrite oblitérante, elles sont variables. Si le plus souvent l'inflammation est spontanée, d'autres fois, au contraire, elle est provoquée par des manœuvres, les unes médicales, les autres criminelles.

Quelle que soit l'occurrence, l'indication thérapeutique est la même. Au moment de l'accouchement, il faut, sans plus tarder, détruire l'obstacle. Il ne faut pas attendre silencieusement, car les forces de la parturiente s'épuisent, et la vie de l'enfant peut, à la longue, être compromise par une trop longue expectation. L'intervention variera suivant la nature, l'épaisseur et le degré de résistance des tissus cicatriciels. Si l'ongle ou la pression d'une sonde métallique a échoué, on ne doit pas hésiter à recourir à l'emploi du bistouri.

En attendant que je publie, avec l'observation qui m'est propre, le résultat de mes recherches, je vais résumer les cas qui ont été publiés récemment. Ce sera un moyen d'accroître les connaissances sur ce point encore peu connu.

Obs. I — Chez une primipare âgée de 18 ans et ayant les douleurs depuis deux jours, Kahrs, ne trouva ni portion vaginale ni méat utérin, mais, dans le cul-de-sac antérieur du vagin un enfoncement du volume d'une tête d'épingle qui, examiné au spéculum, avait un aspect bleuâtre. Malgré les injections de morphine, les contractions n'avaient éprouvé aucun changement. Avec un bistouri, on fit une incision en arrière et on donna issue au liquide amniotique; puis, avec des ciseaux, on élargit l'onverture en avant et sur les côtés. Sous l'influence de fortes contractions, la dilatation ne tarda pas être complète et peu après la tête était expulsée.

Quatre mois plus tard l'utérus était dans sa position normale; il y avait une petite portion vaginale percée d'un orifice transversal ayant un centimètre d'étendue. (C. Kahrs. *Norsk Magasin for Logevid.* t. VI 12 livraison).

Un médecin suisse, *A. Steger* (*Correspondenzblatt für Schwiezer Aerzte*

1877 p. 43.) a rencontré dans sa pratique deux cas qui sont loin de se ressembler. Dans le premier, il s'agit d'une primipare de 40 ans passés, dont le méat était oblitéré par une membrane résistante de l'épaisseur d'une cornée. L'obstacle put être détruit avec l'ongle et l'accouchement se termina normalement. Dans le second cas, il s'agit d'une primipare de 20 ans qui avait souffert durant la grossesse d'un fort écoulement blanc. Le travail durait depuis plusieurs jours lorsque Steger fut appelé. La tête était descendue dans le bassin, mais le méat n'était point ouvert; il y avait à la place un enfoncement fermé par une membrane aussi épaisse que la paroi utérine. Trois ou quatre petites incisions faites avec le bistouri sur cette membrane, suivies de la dilatation au moyen de l'index amenèrent au bout de vingt-quatre heures la complète ouverture du méat, la rupture de la poche des eaux et l'accouchement qui après une durée de 8 jours fut terminé par le forceps. Les suites de couches furent normales.

L'observation de Fried. Betz (*Memorabilium*, 10e livraison 1879) concerne une primipare mais elle renferme des détails vraiment curieux. Cette femme avait depuis 24 heures des contractions très fortes lorsque la sage-femme, qui n'avait pu découvrir le méat, fit appeler ce médecin. La tête engagée dans le bassin était couverte par une peau plus résistante que les membranes qui contiennent les eaux; après de longues recherches on constata en arrière un endroit arrondi du volume d'une lentille qui se différenciait des tissus ambiants par sa dureté et sa résistance plus grandes et qui eût pu être facilement confondu avec une anse du cordon ombilical prolabé. Pour rendre le diagnostic plus sûr, on conseilla d'attendre et on se borna à ordonner de la morphine. Il était alors 10 heures 1/2 du soir. Vers minuit la sage-femme remarqua qu'un méat se formait et une 1/2 heure après, sans autre intervention que les efforts naturels, l'accouchement était terminé.

Cette terminaison rapide de l'accouchement, une fois que le méat est ouvert est un fait généralement observé dans la conglutination simple; mais ce qui est beaucoup plus rare, c'est la manière d'être du méat occupé par un point résistant, arrondi, du volume d'une lentille, manière d'être qui contraste avec l'enfoncement ou les plis signalés par divers observateurs. A en croire Betz, ces différences tiendraient à l'époque différente de l'observation. Au début il existerait dans tous les cas une saillie analogue à celle qu'il a rencontrée, saillie qui se transformerait ensuite en enfoncement quand le méat est sur le point de s'ouvrir.

Dans les cas analogues on peut à la rigueur attendre et se borner à modérer l'intensité des douleurs par l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées, mais on ne saurait, comme je l'ai déjà dit, en faire une règle absolue de conduite. Deux des faits rapportés ci-dessus démontrent l'utilité de l'intervention, et les suivants que je suis obligé d'écourter ne sont pas moins démonstratifs. Dans l'observation de J. v. Dietrich (*Petersburg. med. Wochenschrift* 1878 n° 10), on avait dû, à l'occasion d'un septième accouchement, sectionner une bride et on dut, lors du suivant, intervenir d'une façon encore plus active. Trente heures après le début du travail, il fallut faire des incisions à la profondeur de 4 pouces 1/2 ; et dix heures après, il fallut prolonger les incisions et débrider un cordon cicatriciel qui se trouvait au segment inférieur de l'utérus. Ces deux interventions eurent lieu sans douleur et ne furent suivies que d'une hémorrhagie très médiocre. Bref, douze heures après, le travail se termina heureusement pour la mère et pour l'enfant.

Le résultat fut moins heureux en ce qui concerne ce dernier dans la 3me observation de Liebmann (*Zeitschr. Geburtsh. u. Ginæk.* t. 11. 1 livraison). Il est vrai que le fœtus se présentait par l'épaule gauche (2e position). Malgré les incisions, on ne put pratiquer la version. On dut recourir à l'embryotomie, perforer et vider la poitrine et l'abdomen, et extraire par morceaux les diverses parties fœtales. Malgré cette série d'interventions, les couches furent bonnes.

Dystocie par cystocèle vaginale. — Cette cause de dystocie est encore plus rare que la précédente. Pour ma part j'ai accouché quatre femmes qui présentaient ce déplacement sans que le travail en ait été le moins du monde retardé, et pourtant l'une d'elles avait en outre une rectocèle vaginale des plus marquées. Bref, il y a tout au plus dans la littérature 25 observations signalant cette maladie comme cause de dystocie. Quoique le diagnostic en soit aisé, il s'est trouvé des accoucheurs qui ont pris cette tumeur pour un hydrocéphale (Merriman), pour la poche des eaux (Hamilton), et ont, en conséquence, ouvert la vessie ! De pareilles erreurs ne se reproduiront plus, il faut l'espérer du moins, mais elles m'ont paru bonnes à rappeler avant de résumer les deux observations suivantes.

Obs. I — Une femme de 30 ans ayant eu trois couches normales, la dernière il y a quatre ans, éprouva le 19 avril 1877 les premières douleurs. Tout marcha bien d'abord, puis les douleurs restèrent sans

effet, quoique la tête se présentât en 1[re] position. Le petit bassin était en grande partie occupé par une masse kystique reposant dans la partie droite et qui dans les contractions venait obturer la lumière du canal vaginal, alors que dans le repos on pouvait en partie réduire la tumeur. Comme la parturiente n'avait pas uriné depuis 16 heures et que l'on ne pouvait sentir la vessie distendue au-dessus du pubis, on diagnostiqua un déplacement de la vessie distendue. Ce dignostic fut confirmé par le cathétérisme et à la suite, le travail marcha régulièrement. Mais, comme il y avait en outre un léger rétrécissement, on dut appliquer le forceps et après trois ou quatre tractions on amena la tête. L'enfant était une fille de volume moyen. Les suites de couches furent normales et la miction n'a plus offert de troubles. (Hans Brennecke *Centralblatt f. Gyn.* 1879 p. 30).

Le second fait a été communiqué par Dick au même recueil que le précédent et se trouve à la page 154.

Obs. II. — Une femme de 22 ans, ayant eu deux accouchements faciles et heureux, remarqua quelque temps après sa seconde couche, une tumeur molle qui sortait de la vulve et qui, d'abord petite, atteignit le volume d'un œuf de poule. Néanmoins elle ne constata à la suite aucun trouble dans la miction.

Arrivée au terme d'une troisième grossesse, elle éprouva les premières douleurs le 13 janvier au matin ; la poche des eaux se rompit vers sept heures du soir et c'est parce qu'il survint alors une chute du cordon que la sage-femme fit réclamer la présence d'un médecin.

Le doigt constatait à l'entrée du vagin une tumeur molle, fluctuante, non douloureuse à la pression et placée dans la partie pelvienne droite. Tout d'abord on pensa à un hématome, mais un examen plus soigné de la tumeur, qui avait le volume d'un œuf, la constatation de ses connexions avec la vessie, firent diagnostiquer une cystocèle. L'introduction du cathéter qui fut facile et la reduction de la tumeur confirmèrent le diagnostic.

Comme l'enfant était mort et se présentait en première position du front, on appliqua le forceps et après quelques légères tractions, on amena l'enfant.

Ainsi que cela s'était passé dans le cas précédent, il n'y eut aucun trouble ultérieur ni du côté de l'utérus, ni du côté de la vessie.

Des fistules urétéro-utérines. — L'histoire de ces fistules est encore incomplète. On en connaît seulement 9 cas qui sont par ordre chronologique : 1° celui de Bérard (*Dict. des sciences médicales*, t. XXX,

p. 499) ; 2° celui que j'ai observé en 1858 (*Gazette des hopitaux*, 1859, p. 532); 3° les 2 cas consignés dans la thèse de W. A. Freund (Breslau, 1860), et reproduits dans les *Klinische Beitrage zur Gyn.*, 1864, liv. I, p. 108, et liv. II. p. 64) ; 4° un troisième cas de l'auteur précédent suivi d'autopsie (*Berlin. Klin. Wochenschrift* 1869, p. 506) ; 5° un cas de Duclout (*Gaz. méd. de Paris*, 1869) ; 6° un cas de Kurz (*Memorabilien*, 1876, p. 222) ; 7° un cas de Zweifel (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 1); 8° un cas de L. Hahn (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1879, n° 27). De ces 9 observations, il n'y a eu de guérison que pour les opérées de Duclout, de Zweifel et de Hahn ; quant aux autres, elles n'ont pas donné lieu à des tentatives opératoires.

Dans le cas de Hahn, la fistule était survenue à la suite d'une application de forceps, et pour la guérir on établit une fistule vésico-vaginale et oblitéra transversalement le vagin. L'opération réussit parfaitement et à la suite l'urine et les règles furent évacuées par l'urèthre. Mais neuf mois plus tard, l'opérateur dut céder aux instances de l'opérée et détruire l'oblitération vaginale, afin de rendre possible la cohabitation. Il s'ensuivit une grossesse, et au terme l'opérée mit au monde un enfant vivant. Après les couches, on oblitéra la fistule vésico-vaginale, mais malgré cette opération, l'urine n'eut plus d'écoulement par le méat utérin, circonstance qui démontre que la fistule urétéro-utérine s'était oblitérée d'elle-même. En présence de ce résultat, on est autorisé à se demander si toutes ces opérations étaient bien nécessaires ?

On n'a pas la moindre hésitation à avoir en ce qui concerne l'opérée de Zweifel, mais on est en droit de se demander si une infirmité de ce genre autorise des tentatives aussi multiples et aussi téméraires, puisque la néphrotomie pratiquée sept fois pour des raisons diverses n'a été suivie que deux fois de guérison. Sous le bénéfice de ces réserves donnons le résumé de cette longue observation.

Une femme de 29 ans avait eu cinq couches très pénibles, dont la dernière, qui avait nécessité pendant deux heures des applications réitérées de forceps, fut suivie d'une fistule urétéro-utérine. L'exploration de la vessie par le procédé Simon démontra que l'uretère droit était perméable et donnait au doigt la légère résistance due à l'écoulement permanent de l'urine, alors qu'à gauche l'uretère était aplati et imperméable. De plus, le rein était le siège d'un processus atrophique, puisque l'urine écoulée par le vagin était en moindre quantité que celle expulsée par la vessie.

Avant d'en venir à l'opération terminale, on fit plusieurs tentatives opératoires. On dilata à plusieurs reprises le canal du cervix afin d'apercevoir la déchirure de l'uretère, mais on ne put y parvenir; on chercha à dilater l'uretère par la vessie sans pouvoir y arriver; enfin on chercha infructueusement d'oblitérer le col utérin.

Après ces tentatives infructueuses qui durèrent dix-huit mois, la malade demanda à se reposer. Elle devint enceinte; on provoqua l'accouchement prématuré avec beaucoup de difficulté.

Zweifel chercha alors à créer une fistule vésico-utérine combinée avec l'occlusion du méat utérin, mais les tentatives de dilatation provoquèrent un phlegmon péri-utérin. On pensa alors à pratiquer une fistule vésico-vaginale avec occlusion oblique du vagin, mais cette proposition fut repoussée par la femme et le mari. Bref, on arriva à l'idée d'extirper le rein gauche.

L'opération, pratiquée par le procédé extra-péritonéal, fut très laborieuse, et Zweifel dut recourir à la pince de Nélaton pour arracher le rein de sa gangue celluleuse. Il était du reste très petit, et n'avait que 76 millim. de longueur, 32 en largeur et 23 en épaisseur. L'opération effectuée le 8 janvier 1879, réussit parfaitement et le 3 mai la guérison était complète.

Pour le dire en terminant, c'est là un résultat chèrement acheté, et à en juger par les inconvénients de la fistule urétéro-utérine, je doute que la conduite de Zweifel trouve des imitateurs. C'est le cas de le répéter, le remède a été, dans l'espèce, pire que le mal. En effet, on a appliqué à une lésion qui ne menace jamais l'existence une opération qui n'a jusqu'ici donné que de rares succès (2 succès sur 7 opérations).

Fistule intestino-vaginale et fistule vésico-vaginale, par Dalhmann de Koenigsberg. — Cette femme, âgée de 26 ans, avait eu trois accouchements heureux, mais dans le quatrième, à raison d'une présentation de l'épaule, il y eut une version difficile et des suites de couches très graves. Au commencement de la deuxième semaine, on constata l'écoulement des matières fécales et de l'urine par le vagin.

A l'examen quatre semaines après l'accouchement, la fistule vésico-vaginale fut constatée derrière la symphyse pubienne et a 3 centimètres de diamètre. Quant à la fistule intestiuale, elle a 1 centimètre d'étendue et se trouve dans le cul-de-sac antérieur du vagin immédiatement en avant de la lèvre antérieure du méat utérin; elle laisse passer tout le contenu de l'intestin, de sorte que rien absolument n'est évacué par l'anus.

Grâce à cinq cautérisations au nitrate d'argent, on oblitéra complètement la fistule intestinale ; quant à la fistule vésico-vaginale, elle fut guérie plus tard par une opération. (avivement et 5 points de suture). *Arch. f. Gyn.* t. XV, p. 122).

Fibro-myome de la paroi antérieure du vagin ; extirpation ; guérison, par Dahlmann. — Une femme de 43 ans, mariée depuis deux ans, mais n'ayant pas eu d'enfant, se plaint depuis l'époque de son mariage d'une tumeur qui peu à peu a envahi tout le vagin. Néanmoins la menstruation est restée normale. C'était un fibro-myome développé dans la paroi antérieure du vagin. Après avoir fait à l'entrée de cet organe une incision circulaire de la muqueuse, on détacha avec le doigt et le manche du scalpel la tumeur tout entière et en quelque sorte sans perte de sang. On réunit ensuite les bords de la plaie avec des fils de catgut. Nonobstant la suppuration survint et on dut retirer les points de suture. La guérison était complète au vingtième jour. La tumeur qui pesait en tout 180 grammes avait la forme d'un pénis volumineux; l'extrémité antérieure rappelait la manière d'être du gland ; quant à la partie postérieure, elle était un peu plus mince; elles avaient, réunies, 19 centimètres de longueur et 15 de pourtour. (*Arch. f. Gyn.* t. XV, p. 128.)

Arrachement de toute la matrice par une sage-femme, guérison, par Schwarz. — Une femme de 29 ans était accouchée facilement d'un neuvième enfant, lorsque la sage-femme, en tirant pour extraire l'arrière-faix déchira le cordon. En conséquence, elle fit l'extraction manuelle du placenta. Comme celui-ci lui parut très petit, elle introduisit à nouveau la main, et au milieu de douleurs atroces, d'une hémorrhagie très forte suivie d'une faiblesse de l'accouchée, elle retira une tumeur qui n'était autre chose que l'utérus non renversé. Le médecin alors appelé constata l'accident et grâce à un traitement désinfectant obtint la guérison de la pauvre malheureuse.

L'utérus avait été extrait avec les trompes et une grande partie des ligaments larges, car les ovaires étaient restés. Néanmoins ils ne fonctionnèrent plus. La femme a nonobstant conservé les penchants sexuels et est parfaitement portante. Elle ne fut alitée que pendant trois semaines. Un an plus tard elle éprouva une polydipsie colossale avec une polyurie proportionnée. Elle buvait tous les jours de 15 à 20 litres de liquide. Quant à l'urine elle avait conservé ses caractères physiologiques. Cet état s'amoindrit et disparut au bout d'un an.

On connaît quelques cas analogues : 1° celui de Bernhardt, relaté dans le *Journal de Siebold*) t. I.. p. 401 ; 2° celui de Wrisberg *Commentat. med.*, t. I, p. 435 ; 3° celui de Breslau *De totius uteri exstirpatione*, Dissert München, 1852 ; 4° celui de Gaches. *Prov. med. a. Surg. Journal* 1845, n° 12. Sauf ce dernier dans lequel la mort fut immédiate, tous les autres ont été suivis de guérison. (*Arch. Gyn.* t. XV, p. 107.)

Ascite simulant un kyste de l'ovaire ; laparotomie ; mort, par Hinze. — Une femme de 30 ans, ayant eu cinq enfants, le dernier en février 1879, éprouve depuis un an des douleurs d'estomac, a des vomissements et de la constipation. Après l'accouchement, les symptômes s'amoindrissent, mais au milieu de grandes douleurs il se développa une tumeur dans le bassin. Au moment de l'examen médical, on constate un amaigrissement extrême et dans le ventre une tumeur kystique de consistance élastique qui arrive jusqu'aux côtes. A gauche on constate dans le bassin une tumeur petite, résistante, qui parait occuper la paroi du kyste. A la ponction il s'écoule un liquide jaune, clair, très riche en albumine. En conséquence, on entreprend la laparotomie.

Après une ouverture sur la ligne médiane et la constatation de l'adhérence du péritoine avec la paroi du kyste, on ne poursuit pas l'opération et on ferme soigneusement la plaie abdominale.

A la mort, survenue dix jours après, on constate une ascite enkystée latérale, formée en haut et en arrière par les intestins, en avant par la vessie et la paroi abdominale. L'ovaire gauche était le siége d'un fibro-myome et le péritoine offrait les traces d'une inflammation chronique. Il y avait en plus un carcinome de l'estomac et un rétrécissement du pylore (*Deutsch med. Wochenschrift,* 1879, n° 45.)

VARIÉTÉS

Concours d'agrégation (section de chirurgie et d'accouchements). — La liste des candidats admis à prendre part au concours pour la section d'accouchements est arrêtée ainsi qu'il suit :

Académie de Paris. — MM. Budin (Pierre-Constant) ; Bureau (Arsène-Charles) ; Champetier de Ribes (Louis-Antoine-Camille); Hirigoyen (Jean-Baptiste-Louis) ; Loviot (Louis-Ferdinand) ; Gaulard (Louis); Martel (Joannes); Porak (Charles-Auguste); Ribemont (Alban-Alphonse-Ambroise); de Soyre (Antoine-Louis); Stapfer (Horace-Jules); Vermeil (Henri-Marc): Lefour (Joseph-Raoul).

Académie de Lyon. — Duchamp (Casimir-Victor-Adolphe), Poullet (Pierre-Jules).

Académie de Montpellier. — Dumas (Jules-Léon).

Le sujet de la composition écrite qui constitue la première épreuve a été : 1° Appareil vasculaire utéro-ovarien, 2° de la fécondation.

L'ouverture du concours a eu lieu le 16 mars, sous la présidence de M. le professeur Richet assisté de MM. les professeurs Azam, Courty, Depaul, Guyon, Lefort, Roĉhard, Trélat, Verneuil, Tarnier et Terrier.

Cours d'accouchements. — MM. Porak et Loviot ont recommencé leur cours théorique et pratique d'accouchements, le lundi 4 avril à 5 heures, rue Hautefeuille, 10.

Erratum. — Cinq mots omis dans une phrase du travail de M. Alphonse Hergott sur la *Ceinture eutocique*, inséré dans le dernier numéro des *Annales*, lui font dire le contraire de ce qu'il voulait prouver ; il faut donc, page 230, ligne 10, après les mots : « ce rapport ne serait » ajouter : « dans les présentations du sommet. »

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOUVEAU MOYEN D'HÉMOSTASIE PRÉVENTIVE POUR LES OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR L'APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME.

Par le professeur A. Courty (de Montpellier).

Une des préoccupations les plus accusées des chirurgiens depuis un certain nombre d'années, c'est de prévenir l'écoulement du sang chez les opérés, de compter pour ainsi dire goutte à goutte ce précieux liquide, cette chair coulante dont la perte enlève les forces et avec les forces les dispositions plastiques, les chances de réunion immédiate, d'adhérence des lambeaux, de végétation luxuriante des bourgeons charnus, de prompte cicatrisation, de régénération des tissus et de réparation des organes, enfin, de rétablissement rapide et de relèvement hâtif de l'organisme entier, après l'ébranlement et la détérioration plus ou moins considérables que l'opération lui a fait su-

bir. C'est bien assez que la perte d'un membre ou d'une portion de membre, si minime qu'elle soit; c'est bien assez que la commotion, l'inflammation, la suppuration soient souvent inévitables. On cherche à supprimer toutes les autres causes d'affaiblissement. La douleur est du nombre, la perte du sang l'est peut-être plus encore. Aussi, depuis la bande d'Esmarch jusqu'aux pinces et aux serres-fines à forci-pressure, il n'est pas de méthode, pas de procédé, pas d'instruments auxquels le chirurgien n'ait demandé d'éviter l'effusion du sang, depuis que les expériences physiologiques de notre temps ont démontré plus fortement encore qu'aux époques précédentes, le prix de chaque goutte de sang, surtout pour les actes réparateurs; en un mot, il n'est pas de mesure propre à ménager le sang pendant les opérations chirurgicales qu'on n'ait recherchée, adoptée avec empressement, utilisée, perfectionnée de toutes les manières.

Voici une nouvelle mesure que l'on peut dire toute particulière, spéciale aux organes ou à l'appareil auquel on l'applique et encore plus inattendue. Je ne la donne pas comme absolue. Elle ne produit l'hémostasie préventive que d'une manière toute relative et très imparfaite; mais enfin, telle qu'elle est, si elle ne prévient pas l'écoulement du sang, tant s'en faut, elle en diminue la perte dans des proportions considérables, et c'est déjà quelque chose. Cette mesure, qui l'eût cru? C'est l'injection d'eau chaude, aussi chaude que la malade peut la supporter, pratiquée avant l'opération, plusieurs jours et plusieurs heures avant, suivant le temps dont on peut disposer.

On pouvait jusqu'à un certain point prévoir l'utilité des injections chaudes au point de vue de l'hémostasie préventive, en se rappelant les curieuses observations d'hémostasie obtenue, dans les cas de ménorrhagie et de métrorrhagie, par l'application de la chaleur plus ou moins près de l'utérus, tantôt sur la région lombaire ou ailleurs, tantôt dans le vagin et jusque sur le col utérin au moyen d'injections, de lotions vaginales à l'eau chaude.

Le Dr Chapman crut pouvoir faire, il y a quelques années, une application thérapeutique de l'action vaso-motrice démon-

trée par Claude Bernard, en tirant parti des modifications que le chaud ou le froid, appliqués dans le voisinage des ganglions sympathiques, peuvent imprimer à l'action vaso-motrice dont ces ganglions sont la source : sous l'influence de la chaleur ces ganglions se congestionneraient, delà exagération de leur activité fonctionnelle ; le froid, en les anémiant, produirait un effet contraire. Des petits sacs en caoutchouc remplis de glace ou d'eau chaude, appliqués sur la région vertébrale, peuvent servir à satisfaire cette double indication : remplis d'eau chaude, ils font contracter les vaisseaux sanguins, et, par suite, dissipent les congestions passives et arrêtent les hémorrhagies ; remplis de glace ils rendent de grands services dans le choléra, les névroses, les névralgies, l'aménorrhée, le mal de mer, la variole, etc.

Le Dr Athill, de Dublin, a recueilli des faits favorables dans quelques points à la méthode de Chapman spécialement dans le traitement des hémorrhagies utérines.

Le Dr Noël Gueneau de Mussy l'a expérimentée à son tour contre l'hémorrhagie utérine et il a eu assez à s'en louer, dans deux cas, pour juger utile de publier ces deux observations dans les *Annales de Gynécologie*, t. IV, p. 1, juillet 1875, sous ce titre : *Observations de métrorrhagies, arrêtées par l'application de la chaleur sur la région lombaire.*

L'une de ces malades, âgée de 26 ans, avait une métrorrhagie symptomatique de fongosités qui furent abrasées, et peut-être d'une tuberculose tubo-ovarienne avec induration tuberculeuse au sommet du poumon droit ; l'autre, âgée de 22 ans, avait une métrorrhagie consécutive à un avortement. Chez l'une et chez l'autre, l'hémorrhagie, qui avait précédemment résisté à divers moyens, fut arrêtée en trente-six heures par l'application à la région lombaire d'un sac en caoutchouc rempli d'eau aussi chaude que la malade pouvait la supporter, renouvelée toutes les trois heures.

M. Gueneau de Mussy se décida d'autant plus volontiers à essayer de ce moyen, qu'il se rappelait la confiance que Trousseau avait dans les injections d'eau chaude pour combattre les

métrorrhagies et dans l'action résolutive des lotions chaudes sur les congestions conjonctivales. Il ajoute que le Dr Cusco se trouva également bien, dans un cas de métrorrhagie, de l'application de cataplasmes brûlants sur les lombes. Ainsi le fait ne lui paraît pas douteux ; l'application de la chaleur aux lombes ou dans le vagin (eau à 45° centigr. environ) peut arrêter la métrorrhagie. L'explication est plus difficile à donner et M. Gueneau de Mussy ne se contente ni de celle du Dr Chapman, ni d'une ou deux autres, telles que la dérivation, qu'il essaie de présenter.

Je n'avais pas attendu ces essais pour user aussi de l'action de la chaleur contre les hémorrhagies, non seulement en application sur les lombes, mais en injections et en bains, et je m'en suis toujours bien trouvé. Seulement, du moment que l'application générale de la chaleur à toute la surface de la peau, ou son application locale directe sur l'utérus lui-même et sur toute la muqueuse vaginale sont aussi efficaces que l'application du sac chaud à la région lombaire, l'explication de Chapman est très compromise. Qu'importe ? Je n'en continuai pas moins à faire un assez fréquent usage de ce moyen, surtout dans les cas d'hémorrhagies passives, de congestions ou même de métrites chroniques hémorrhagipares, et j'eus de fréquents sujets de m'en applaudir.

Je fus confirmé un peu plus tard dans mon opinion et dans ma pratique des injections chaudes, par la lecture du livre de Th. Ad. Emmet, de New-York, dont je parlerai un peu plus loin, et depuis lors il m'arriva de prescrire à mes malades des injections aussi chaudes qu'elles peuvent les supporter (habituellement c'est environ de 45° centigrades), aussi souvent que je leur prescrivais autrefois de l'eau froide et de la glace.

Je ne suis pas le seul à avoir acquis par mon expérience la preuve de l'efficacité des injections chaudes contre les métrorrhagies. Dernièrement encore j'eus l'occasion de voir avec mes honorables et savants confrères le Dr Hérard, médecin de l'Hôtel-Dieu et le Dr Roulin, une dame déjà d'un certain âge, atteinte depuis des années de métrorrhagies qui paraissent en-

tretenues par la présence d'un myome interstitiel et chez qui les injections chaudes ont été jusqu'à ce jour et depuis des années, le moyen le plus efficace, en même temps que le plus inoffensif, de suspendre, au moins momentanément, la perte quelquefois effroyable du sang.

J'ai vu si souvent maintenant des cas analogues, soit dans ma propre pratique, soit dans celles de nos confrères, que je ne puis élever aujourd'hui aucun doute sur l'efficacité absolue des injections chaudes (aussi bien que de l'application de la chaleur aux lombes), contre les hémorrhagies utérines, soit que ces hémorrhagies puissent être définitivement arrêtées, ce qui arrive souvent lorsqu'il n'existe aucune lésion organique, soit qu'elles ne se suspendent que momentanément, pour reparaître après plus ou moins de temps, comme cela arrive dans les cas de lésion organique, de fibromes, de myomes, de fongosités, de polypes, même de cancer.

De l'action hémostatique à l'action résolutive ou décongestive et par suite à l'action hémostatique préventive de l'eau chaude, il n'y a qu'une transition trop naturelle pour n'être pas aisément franchie. Aussi, depuis le même temps, j'ai recommandé fréquemment à mes malades atteintes de congestions chroniques, même de métrites chroniques, hypertrophiques, indurées, l'usage renouvelé des injections chaudes et j'ai eu à m'en louer. En les associant aux moyens ordinaires, il m'a paru que je facilitais la résolution de ces hyperhémies et que j'en raccourcissais la durée.

J'ai recommandé encore l'emploi souvent renouvelé et prolongé de ces injections très-chaudes aux malades préparées à subir quelque opération sanglante et dont l'hyperhémie, accusée par la turgescence, la coloration rouge foncé, la chaleur, les pulsations et tous les autres symptômes congestifs ou même fluxionnaires, pouvait me faire redouter une hémorrhagie à la suite des solutions de continuité nécessitées par l'opération.

J'ai commencé par les prescrire à celles de mes malades, plus nombreuses qu'on ne le présumerait de prime abord, dont la stérilité tient à une dysménorrhée mécanique qui, ne cédant pas à la

dilatation par l'éponge préparée ou la laminaire, nécessite le débridement unilatéral ou bilatéral de l'orifice vaginal. Cette petite opération est suivie d'hémorrhagie plus souvent qu'on ne semblerait de prime abord devoir le penser, que l'hémorrhagie soit primitive ou qu'elle soit consécutive, ne se déclarant parfois qu'au bout de quatre ou cinq jours. Dans le premier cas elle débute sous une forme peu inquiétante, mais elle s'accroît de moment en moment, il semble que le sang attire le sang et que l'issue qu'il a trouvée ne fasse qu'augmenter la disposition qu'il a à gorger l'organe par un afflux de plus en plus considérable et à s'échapper par cette voie accidentelle ou par cette blessure. Dans le second, c'est souvent l'arrachement d'un tampon qui cause le début d'une perte de sang, paraissant d'abord insignifiante, mais augmentant d'heure en heure, au point de donner lieu à une hémorrhagie menaçante dont je n'ai pu m'expliquer l'abondance qu'en réfléchissant qu'elle se produit en définitive sur un organe ayant souffert quelques jours avant d'un traumatisme qui y a développé, sinon une vraie inflammation (ce qui n'est pas très rare), du moins une hyperhémie congestive extrêmement abondante, avec un caractère d'activité qui la rend plus abondante encore et très persistante.

Je donne ces explications que je me suis données à moi-même, parceque l'on a de la peine à comprendre d'abord que les choses se passent ainsi, qu'une métrorrhagie, que rien ne semble devoir faire craindre et qui même ne s'annonce pas habituellement sous un aspect aussi menaçant, puisse prendre de pareilles proportions. Et pourtant il n'y a rien de plus vrai, j'en ai constaté assez souvent la production pour que je ne puisse pas la regarder comme un phénomène fortuit.

Il est d'autant plus important d'en posséder la connaissance que l'on ne doit pas manquer, comme conséquence, de tamponner le vagin à la suite de cette petite opération, alors même qu'il ne semble pas devoir couler plus d'une cuillerée de sang.

Outre que je me suis fait une règle du tamponnement, je me suis fait une règle non moins immuable de ne débarrasser le vagin des tampons que peu à peu, en en favorisant la chute

par des injections détersives répétées qui les ramollissent, les humectent et leur permettent de se détacher et de sortir par le vagin peu à peu, l'un après l'autre, sans déchirure : on arrive ainsi à débarrasser le vagin après cinq à six jours.

Pour diminuer ce risque d'hémorrhagie, en même temps que pour diminuer la quantité de sang perdu par la malade pendant l'opération, perte de sang qui en obscurcit la région et en entrave plus ou moins l'exécution, je prescris plusieurs jours à l'avance, si je le puis, et, dans tous les cas, plusieurs heures d'avance, des injections d'eau très chaude. Or je puis assurer que, depuis ce temps, la quantité de sang perdu par mes opérées au moment de l'opération ou immédiatement après, dans les moments qui suivent, jusqu'au moment du tamponnement, est infiniment moindre qu'elle ne l'était dans la majorité des cas. Lorsque je me trouvais fortuitement en état de ne pas abandonner mes malades de quelques heures, j'ai essayé de ne faire le tamponnement qu'après ces quelques heures et j'ai toujours eu la satisfaction de voir qu'aucune hémorrhagie ne s'est déclarée.

Du reste on remarque, avant l'opération, que la couleur, le volume et tous les autres symptômes d'hyperhémie ou de congestion du col et des autres parties visibles de l'appareil génital sont singulièrement amoindris. Le col a diminué de volume. Il a considérablement pâli et cette pâleur contraste souvent avec la teinte vineuse, violacée, que la congestion dysménorrhéique lui avait imprimée.

Mais, dans des opérations exposant bien plus encore que les précédentes les malades aux hémorrhagies, j'ai eu la satisfaction de constater qu'elles échappaient également à ce danger, je veux parler des résections partielles du col et de l'autoplastie de l'orifice.

On sait combien les résections partielles, surtout pour les allongements hypertrophiques, exposent les malades aux hémorrhagies. Huguier avait signalé ce danger et la difficulté d'y porter remède par suite de la dureté et de la friabilité du tissu utérin dans lequel les artères sont adhérentes au point de ne

pouvoir en être suffisamment isolées pour recevoir une ligature : il avait donc imaginé une ligature particulière, à l'aide d'une aiguille, analogue à l'acupressure imaginée plus tard par Simpson. D'autre part, on sait combien il est difficile de remplir l'indication qui se présente de tailler un cône creux qui permette de gagner de plus en plus profondément dans la partie du col hypertrophiée qu'il faut extirper : la ligature simple, ou avec le serre-nœud, la ligature élastique, l'écrasement linéaire, l'anse galvano-caustique font une section dont toutes les parties sont sur un même plan. Le couteau thermocautère de Paquelin met, il est vrai, jusqu'à un certain point à l'abri de l'hémorrhagie, mais il a l'inconvénient de la cautérisation actuelle, d'étendre son action aux tissus contigus et aux organes voisins et de donner lieu à des cicatrices, c'est-à-dire à une difformité altérant plus ou moins profondément la forme de l'orifice et pouvant devenir l'origine d'accidents plus ou moins graves chez les femmes encore jeunes. Il est donc utile, on ne peut le nier, d'amoindrir autant que possible la disposition hémorrhagipare du col hypertrophié. Eh bien, j'ai pris la précaution, que je viens d'indiquer, de faire précéder l'opération, pendant plusieurs jours de suite, d'injections d'eau aussi chaude que la malade pouvait la supporter, d'une durée de dix minutes, pendant lesquelles on ajoute constamment de l'eau plus chaude dans le bidet pour maintenir l'injection à la même température, et j'ai eu le bonheur de pratiquer l'opération dans des conditions d'hémostase tout à fait différentes des conditions habituelles.

Chez une de ces malades, le col, quoique long, n'était pas très volumineux ; mais chez l'autre il y avait une hypertrophie qui en augmentait le volume dans tous les sens et lui donnait, avant l'opération, une coloration rouge vineuse symptomatique d'une congestion des plus intenses. Eh bien, malgré cela, la coloration avait complètement changé sous l'influence des injections chaudes, les tissus avaient pâli et je pus accomplir l'opération, non seulement sans danger, mais même sans être constamment incommodé par un écoulement abondant de sang masquant tous les tissus et entravant la marche de l'opération. Je tins aisé-

ment la surface de la plaie abstergée à l'aide d'une éponge toujours trempée dans de l'eau très chaude, et je pus, pendant tout le temps nécessaire, pratiquer sur 2 artères qui donnaient en jet, l'application d'un bouton de feu suffisante pour arrêter l'hémorrhagie. Je m'étais disposé à appliquer sur le point le plus élevé de la partie du col que je voulais extirper, après l'avoir taillée en cône, au sommet même de ce cône, une ligature élastique, comme je l'avais fait d'autres fois, si l'abondance de l'hémorrhagie me faisait redouter une perte de sang trop considérable pour la fin de l'opération; mais je n'en eus nullement besoin et l'amputation put être terminée séance tenante.

Chez une autre malade, j'avais à pratiquer une autoplastie du col, opération qui devait m'exposer moins à l'hémorrhagie que les précédentes, mais dans laquelle pourtant la perte de sang, son écoulement en nappe continu et trop abondant, tout en constituant toujours une perte fâcheuse pour la malade, est surtout une gêne pour le chirurgien à qui il cache la surface de la plaie et pour lequel il rend d'autant plus difficiles les divers temps de cette opération réparatrice; je disséquai de chaque côté un petit lambeau de muqueuse triangulaire, adhérant par sa base aux parties latérales du col, je fis ensuite un profond débridement à droite et à gauche de l'orifice étroit qui avait été la cause première de l'opération, et je refoulai dans chacune de ces plaies béantes la pointe de mes lambeaux que j'y rattachai par un point de suture de chaque côté. J'avais pratiqué précédemment cette opération dans des conditions ordinaires et l'on comprend combien est gênante, pour sa correcte exécution, cette nappe de sang qui vient constamment couvrir de nouveau la plaie, les lambeaux et tous les points plus ou moins anfractueux où doivent porter la dissection, la suture etc. Eh bien, j'ai eu chez ma dernière malade, préparée par les injections chaudes, un écoulement de sang comparativement si minime que l'opération a pu y gagner singulièrement en rapidité et en correction, en même temps que la malade s'en est trouvée sérieusement bien moins affaiblie. A peine l'aide avait-il besoin d'absterger le sang à de longs intervalles. Rien ne put me faire mieux juger

l'avantage que je retirai pour cette opération des injections chaudes préparatoires, que la comparaison que je pouvais en faire avec une opération tout à fait pareille pratiquée précédemment dans d'autres conditions.

Enfin j'ai pratiqué dernièrement une opération de fistule vésico-vaginale, chez une malade opérée déjà deux fois par d'autres chirurgiens et ayant éprouvé, à la suite d'une de ces opérations, une hémorrhagie si abondante que, au dire de la malade et de ses parents, elle aurait mis ses jours en danger. J'avais constaté moi-même, dans les longues préparations auxquelles j'avais cru devoir soumettre cette malade, que, sans être précisément hémophile, elle saignait très facilement et très abondamment. D'un tempérament très lymphatique, elle avait la peau et les muqueuses transparentes, très roses, très colorées ; les organes génitaux notamment étaient le siège d'une hyperhémie rouge, souvent rouge vineux, augmentée par la persistance d'une métrite chronique avec hypertrophie et ramollissement du col, granulations fongueuses, leucorrhée, etc. Les granulations, les autres parties du col, les lèvres même de la fistule, lorsqu'on les saisissait avec des griffes, pour en compléter l'exploration, saignaient aussitôt, avec une abondance qui n'était pas rassurante, et j'avoue que je me préoccupais sérieusement de l'hémorrhagie qui pouvait venir compromettre les suites d'une nouvelle opération. Je prescrivis donc, environ quinze jours avant de pratiquer la suture, des injections 3 fois par jour avec de l'eau aussi chaude que possible (la malade s'assura qu'elle atteignait toujours 45° centigr.), et j'eus la satisfaction de voir sous cette influence la muqueuse pâlir peu à peu d'une manière extrêmement sensible.

Effectivement le jour de l'opération cette pâleur, encore plus remarquable, ne fut pas un signe trompeur. C'est à peine s'il fut nécessaire d'absterger la plaie, et pourtant une partie de l'avivement portait vers l'angle latéral gauche du vagin et l'on sait combien la perte de sang devient abondante dès qu'on s'approche des parties latérales. L'hémorrhagie fut donc insignifiante : je n'ai jamais pratiqué d'opération de ce genre où j'aie

perdu moins de sang, et de beaucoup moins que dans aucune autre, et certes j'en ai pratiqué beaucoup à cette heure. En outre, cette opération ne devait pas exposer moins qu'une autre la malade à l'hémorrhagie; la fistule était grande, l'avivement porta sur des surfaces très étendues, je dus faire une réunion en T, et appliquer 6 points de suture profonde, avec des boutons, et 7 de suture superficielle. Or, je le répète, malgré l'étendue de la plaie, le nombre des points de suture et surtout les fâcheuses prédispositions de la malade, il n'y a eu aucune hémorrhagie, ni pendant ni après l'opération, dont le succès a été complet.

Ainsi l'expérience affirme de la manière la plus incontestable que les applications chaudes, non seulement sur les lombes, mais sur tout le corps, et particulièrement sur la muqueuse génitale, sont d'excellents moyens de suspendre l'hémorrhagie utérine, de prévenir la perte du sang, et même de dissiper l'hyperhémie congestive non seulement de l'utérus, mais du vagin et probablement de l'ensemble de l'appareil génital.

Le Dr Th.-A. Emmet, de New-York, dont je citais l'autorité, est on ne peut plus affirmatif sur ce point et, bien que l'explication qu'il donne de ce fait singulier et en apparence paradoxal ne me paraisse guère plus satisfaisante que les autres, il est intéressant néanmoins de constater jusqu'à quel point il compte sur l'efficacité des injections chaudes et les applications qu'il en a faites aussi, non seulement comme résolutives, mais comme agents d'hémostasie préventive dans les opérations, surtout dans un certain nombre d'opérations qui lui sont particulières.

« La chaleur, dit-il, à moins d'être à un degré assez élevé pour détruire les parties, n'agit pas aussi promptement pour effectuer la contraction des vaisseaux que l'électricité ou le froid. Dans le fait, son effet immédiat est de causer le relâchement des vaisseaux et d'augmenter la congestion des organes; mais, si l'application en est prolongée, la réaction s'ensuit et la contraction a lieu; en d'autres termes, la réaction occasionnée par la chaleur est la contraction. Les capillaires sont excités à se contracter davantage, et comme ils se contractent par le stimulus de leurs nerfs, l'effet tonique s'étend jusqu'aux parois des vaisseaux

plus larges, leur calibre redevient moindre, et par ce retour à l'état normal la congestion est diminuée. La croyance populaire est que la chaleur relâche et augmente la congestion des parties, et effectivement cela arrive d'abord réellement ainsi. Mais on n'applique jamais un cataplasme chaud avec l'intention d'augmenter la congestion, au contraire, comme dirait toute bonne femme, pour tirer le feu ou l'inflammation ; en d'autres termes il diminue la congestion en stimulant les vaisseaux sanguins à se contracter. Il est connu de tout le monde que tel est l'effet produit par l'application continue d'un cataplasme, et cet effet est démontré par l'apparence pâle, blanchâtre et ridée des tissus quand il a été enlevé. Les mains et les bras d'une blanchisseuse s'enflent au premier abord, lorsqu'elle les plonge dans l'eau chaude, par l'augmentation de l'afflux sanguin, mais on sait tout aussi bien qu'ils deviennent ensuite remarquablement pâles et ridés.

« Quand on plonge les mains dans l'eau froide, la peau se ride immédiatement, les vaisseaux étant excités à se contracter, mais nous savons tous que la réaction a lieu promptement, et qu'il revient dans les parties une plus grande quantité de sang que celle qui en était partie, la peau ne reprend pas son apparence naturelle avant des heures, et quand la réaction a lieu, par le relâchement des vaisseaux, il y a une tendance à la congestion. L'effet immédiat du froid est donc la contraction, et avec la réaction arrive la dilatation ; mais le contraire a réellement lieu pour la chaleur, qui amène d'abord la dilatation, suivie à son tour de la contraction.

« En ayant devant les yeux ces faits pratiques, et en en faisant l'application, nous recourrons à l'usage prolongé de l'eau chaude par les injections vaginales, pour amener graduellement la contraction et le ton réclamés par les vaisseaux pelviens. Chaque fois que l'inflammation existe, il y a congestion des capillaires artériels, et quand elle s'apaise, il reste entre autres résultats, la condition anatomique désignée par l'expression erronée d'inflammation chronique, état essentiellement identique à celui que nous venons de décrire, accompagné d'un

manque de ton dans les vaisseaux et d'un embarras ou d'une obstruction de la circulation ; mais c'est un faux nom, puisque cet état se rencontre généralement là où il n'a pas existé antérieurement d'inflammation. Le siège habituel de l'inflammation et les circonstances au milieu desquelles on la rencontre généralement, sont : la congestion artérielle, la mortification moléculaire, et la formation de produits nouveaux. L'état dont nous nous occupons surtout ici résulte directement d'une perte de ton de la circulation veineuse du bassin.

« L'emploi des injections vaginales d'eau chaude est également efficace dans toutes les conditions qui constituent les différentes formes de maladies des organes femelles de la génération, et qui sont justiciables de tout traitement autre qu'une opération chirurgicale, et il est également efficace, que la congestion soit veineuse ou artérielle. Ce moyen ne doit pas être considéré comme un remède universel, mais comme un des adjuvants les plus précieux, dans toutes les circonstances. L'emploi en est si salutaire, excepté dans les déplacements de l'utérus, que je crois que, dans les maladies des femmes, on peut obtenir davantage de ce seul agent et d'un plan de traitement général soigneusement réglé, que de l'association de tous les autres moyens réunis.

« Si une injection vaginale a été administrée convenablement, on trouvera à la suite la muqueuse pâlie, et la dimension ordinaire du canal diminuée de calibre, comme il arrive après l'emploi d'une injection fortement astringente. Comme je fais prendre les injections la malade étant couchée sur le dos, les cuisses élevées, l'action de la pesanteur est mise en jeu, action par laquelle les veines se vident rapidement et suffisamment pour que l'excès de leur distention soit dissipé. Dans cette position, le vagin est entièrement distendu par le poids de l'eau, et reste en cet état, puisque le trop plein seul du liquide peut s'échapper. L'eau chaude sera alors en contact avec toutes les parties de la muqueuse au dessous de laquelle sont les capillaires. Les vaisseaux se rendant au col et au corps de l'utérus et en revenant, passent le long du sillon situé de chaque côté du va-

gin, et leurs branches enlacent le vagin dans un réseau complet. Les vaisseaux du fond, à travers les veines duquel le sang se rend au foie et revient dans la circulation générale, communiquent librement, par des anastomoses, avec les vaisseaux distribués au-dessous entre le corps et le col. Si alors nous pouvons faire se contracter les vaisseaux du vagin, à l'aide du stimulant de l'eau chaude, nous pouvons, d'une manière directe ou indirecte, influencer la circulation pelvienne tout entière. Il est de la plus grande importance d'apprécier la nécessité pour la malade d'élever les cuisses, considérant quelle grande partie de sang veineux est, de cette manière, entrainée par la pesanteur. Si l'on applique alors le stimulant de l'eau chaude, de manière à obliger les vaisseaux à se contracter davantage, la circulation pelvienne sera, pour un temps du moins, ramenée à une condition presque normale. Afin de laisser l'état de contraction se prolonger autant que possible, j'ordonne généralement l'injection pour le soir, au lit, juste lorsque la malade est prête à s'endormir. C'est ainsi qu'en faisant constamment se contracter ces vaisseaux, et qu'en recourant à tous les autres moyens de diminuer la quantité de sang dans le pelvis, nous réussirons éventuellement à assurer aux vaisseaux un ton convenable. Aucun autre plan de traitement ne saurait être plus rationnel, ou faire appel d'une manière plus évidente au bon jugement de chacun. Malheureusement, par une négligence de détails, il est rare de voir le plus petit bénéfice résulter de l'emploi de ces injections, quoiqu'il se soit écoulé tant d'années depuis que les praticiens ont été informés de leur mode d'action.

« Pendant quinze ans au moins, j'ai expérimenté diverses méthodes pour l'emploi de l'eau chaude, et j'ai eu, pendant ce temps un assez grand nombre de cas ; or, j'en suis arrivé à cette conclusion, qu'il est de toute impossibilité pour une malade de se donner ces injections à elle-même d'une manière convenable, ou de manière à en tirer le meilleur profit. On n'en retire pas le moindre avantage, quand on les administre la malade étant debout, ou, ainsi qu'on le fait habituellement, la malade étant assise au-dessus d'un bidet ; car, donnée ainsi, l'injection ne dilate

pas le vagin, mais retourne le long de la canule. J'ai trouvé que la meilleure manière est de donner ces injections, la malade étant placée sur ses genoux et ses coudes ou dans la position genu-pectorale. Dans cette position, nous avons à la fois l'aide de la pesanteur et de la pression atmosphérique pour vider les veines pelviennes, pendant que l'eau peut agir sur une surface beaucoup plus étendue du vagin que lorsque la malade est dans toute autre position. Mais cette position est difficile à conserver, puisque les personnes qui ont le plus besoin d'eau chaude n'ont pas la force de la garder assez longtemps pour atteindre le but, et il y a aussi une grande difficulté à empêcher la malade d'être mouillée. Cependant cette dernière difficulté peut être levée en partie, en faisant usage d'un récipient en forme d'entonnoir, avec un tube de caoutchouc fixé au bout le plus petit, les deux côtés étant suffisamment échancrés pour permettre à la malade de le retenir en place en rapprochant les cuisses. J'ai aussi fait usage d'un plan incliné pour élever les hanches ; il doit monter entre les jambes et avoir un trou assez large pour tenir les fesses, de telle sorte que l'eau puisse couler dans un récipient placé au-dessous. Ces méthodes, ou tout autre moyen que l'ingéniosité du chirurgien pourra lui suggérer, peuvent être employés, pourvu que l'action de la pesanteur soit mise en jeu, et que le vagin soit dilaté par l'eau. Mais dans le plus grand nombre de cas, la position sur le dos, avec un téba pour relever les hanches sera trouvée la plus commode. Peu de femmes se trouvent dans une position qui les mette dans l'impossibilité d'avoir quelqu'un pour leur administrer l'injection convenablement, et l'inconvénient de solliciter un aide est bien insignifiant en comparaison du bénéfice qu'on en retire, puisque l'expérience a démontré que, à moins que les détails que je viens de donner soient entièrement observés, le procédé n'aboutit qu'à une perte de temps, et à une perte des forces de la malade.

« La température et la quantité de l'eau doivent varier selon les circonstances. Lorsqu'on traite les premières périodes de l'inflammation, il est nécessaire que la température soit élevée rapidement de la chaleur du sang à 110° Farenheit, ou à un

degré aussi élevé que la malade pourra le supporter, et que l'injection soit souvent répétée. Pour l'usage ordinaire, un gallon d'eau à deux ou trois degrés au-dessus de la température du sang est généralement suffisante, mais il faut que la température soit maintenue au point le plus élevé en ajoutant de l'eau chaude de temps en temps. L'heure du coucher est généralement la meilleure pour obtenir les effets salutaires de l'eau chaude sur l'action réflexe, en calmant l'irritation locale; car une injection vaginale prolongée, à une température élevée, quand elle est donnée par une main expérimentée, agit avec plus de promptitude qu'un anodin quelconque, en calmant l'état nerveux et l'insomnie d'une femme hystérique. J'ai vu fréquemment une malade qui, après avoir été bien frictionnée et avoir reçu une injection, tombait endormie, avant que la garde eût fini de la lui donner, et était vaincue par le sommeil au point de ne pas se réveiller quand on lui ôtait le téba.

« Dans de rares exemples, et par suite d'un état que je ne peux expliquer, on rencontre des cas où un sentiment de pesanteur et une sensation désagréables sont perçus à l'entrée du bassin, après une injection d'eau à la température habituelle que j'ai signalée. Dans quelques cas, il en résulterait une telle agitation, que plusieurs fois j'ai été obligé d'en abandonner l'usage. Mais depuis longtemps je me suis assuré que, dans ce cas, l'injection est très bien supportée à une température plus basse, généralement à 95° environ, et qu'après une ou deux semaines, la température peut être élevée graduellement.

« Ce « procédé de cuisine », ainsi qu'il a été surnommé d'une manière facétieuse, est rendu facile par l'emploi de l'ivoire ou de tout autre corps mauvais conducteur, pour canule; car la malade éprouve plus de désagrément de la chaleur transmise par le métal à l'ouverture du vagin, que de toute la chaleur de l'eau qu'il est utile d'employer.

« On peut ajouter à l'injection (habituellement à la dernière pinte) de la glycérine, du chlorate de potasse, du chlorure de sodium, du carbonate de soude, du borax, du savon de Castille, du sulfate de cuivre, du muriate d'ammoniaque, de la levure

de bière, du permanganate de potasse, de l'acide carbolique, ou tout autre remède qui paraît être indiqué.

« A mesure que la santé de la malade se raffermit, on peut diminuer la quantité d'eau pour l'injection, et l'on peut abaisser la température graduellement jusqu'à 60° environ, et discontinuer ensuite. Mais pendant quelques mois, il est prudent de recommencer les injections pour quelques jours après chaque époque, à un ou deux degrés au-dessus de la chaleur du sang, et d'y avoir recours chaque fois que l'emploi semble en être indiqué pour contrebalancer l'effet de quelque imprudence.

« Dans l'été ou au commencement de l'automne de 1859, pendant l'absence temporaire du Dr Sims, j'opérais, à l'hôpital des femmes, une fistule vésico-vaginale. La marche de l'opération avait été très retardée par l'écoulement du sang, que j'avais arrêté par la pression et par des morceaux de glace, mais en recommençant l'opération, au bout de quelques instants la réaction avait lieu et le sang coulait autant qu'auparavant. Feu le Dr Pitcher, de Détroit, était présent et me suggéra l'idée de plonger une éponge dans de l'eau chaude et de l'appliquer à plusieurs reprises sur la surface saignante; je le fis, et, à ma grande surprise, le sang fut promptement arrêté. Il me dit ensuite qu'il avait l'habitude, depuis plusieurs années, quand il opérait, d'appliquer à une surface saignante des éponges venant d'être tirées d'une eau aussi chaude qu'on pouvait la supporter.

« Pendant les premiers jours de mes études dans cette branche de la chirurgie, j'ai été septique, quant au rôle que l'inflammation était supposée jouer dans les maladies des femmes. Dès que pour la première fois j'ai eu l'occasion de me former une opinion, mes idées ont été absolument ce qu'elles sont aujourd'hui, et j'ai enseigné la même chose depuis bien des années, à l'hôpital des femmes, ainsi qu'on le sait bien. Dans le fait, mes opinions ont été formées de si bonne heure, à une époque si rapprochée de mes débuts, que je n'ai jamais appliqué de ma vie une sangsue à l'utérus, ni scarifié le col, en vue de réduire l'inflammation. L'instigation du Dr Pitcher fit sur moi une profonde impression, seulement il me fallut des années pour en

apprécier toute l'importance. Mais, ayant une fois compris l'influence de la chaleur comme excitant de l'action réflexe, beaucoup de points de pathologie furent clairs pour moi, et l'eau chaude devint entre mes mains un des plus importants agents du traitement des maladies des femmes. Au moment où mon attention fut pour la première fois attirée vers ce sujet, l'habitude universelle était l'emploi d'injections vaginales d'eau froide et même d'eau glacée. Je commençai à employer de l'eau tiède, et puis de l'eau chaude dans ma clientèle privée ; mais à ce moment-là les occasions que j'avais de faire des observations personnelles étaient limitées. Néanmoins, de septembre 1862, lorsque je reçus le service de l'hôpital des femmes, jusqu'à aujourd'hui, presque toutes les malades qui ont été sous mes soins dans cet établissement, de même que dans ma clientèle privée, ont été traitées par cette méthode, la quantité et la température de l'eau variant seulement selon les particularités de chaque cas.

« Cependant, je ne prétends pas avoir été le premier à faire laver un vagin à l'eau chaude ; mais je prétends avoir été le premier à employer cet agent de traitement d'une manière systématique, pour la guérison des maladies des femmes et d'avoir agi ainsi avec un but déterminé, en maintenant ce que je considérais comme une saine pathologie.

« Dans chaque théorie de l'inflammation, la congestion est naturellement considérée comme un degré antérieur ; mais la congestion est communément supposée être artérielle et tous les plans de traitement ont pour but de remédier à cet état.

« Autant que je sache, je puis prétendre avec raison avoir été le premier à enseigner que la congestion des organes contenus dans le bassin, dans les conditions ordinaires est veineuse et due à la perte de ton des veines par altération de la nutrition ; ce qui m'a conduit naturellement à élever les hanches de sorte que, par l'action de la gravité, la congestion put être amoindrie, et à appliquer de l'eau chaude pour déterminer consécutivement, par action réflexe, une contraction des vais-

seaux, les amenant graduellement à une restauration permanente de leur ton et de leur calibre (1).

« Toute une génération de médecins, ajoute Emmet (Id. id. p. 130), a été égarée par l'illusion d'une soi-disant *inflammation chronique et ulcération de l'utérus*, état que personne n'a été encore en état de démontrer sur le cadavre. » Aussi Emmet, comme j'aurai l'occasion de le dire une autre fois, s'il admet une congestion artérielle comme jouant en pathologie le rôle de ce que nous appelons inflammation aiguë, ne regarde-t-il l'inflammation chronique que comme une expression entièrement erronée, la prétendue inflammation chronique n'étant pour lui qu'une congestion veineuse qu'il appelle congestion hypertrophique. Et effectivement, dans tout son ouvrage, il n'y a pas un seul chapitre intitulé *Métrite* ou *Inflammation de l'utérus*. Ce n'est pas là, pour le dire en passant, le caractère le moins original de ce livre.

Je n'ai pas besoin de dire que je ne partage guère ces idées négatives sur l'inflammation, et que je ne sais pas non plus ce qu'il faut penser de sa théorie de la contraction capillaire ou veineuse par action réflexe, après la dilatation vasculaire opérée par l'eau chaude. Il est certain qu'elle est au moins aussi satisfaisante que celle de la congestion des ganglions sympathiques, (il vaudrait mieux dire du renflement génito-crural de la moelle épinière), par l'application de la chaleur aux lombes. Il est encore plus certain que si la théorie est douteuse, le fait ne saurait l'être : l'application de l'eau chaude aux parties génitales, comme aux yeux, aux conjonctives et probablement à bien d'autres organes, a une action éminemment résolutive de l'hyperhémie ou de la congestion, surtout de la congestion veineuse. Je l'ai expérimenté assez souvent pour être à cet égard d'un avis conforme à l'opinion d'Emmet.

Seulement, je ne suis pas du tout de l'avis de M. Emmet sur

---

(1) Thomas Addis Emmet, de New-York. *The Principle and Practice of Gynæcology*, p. 119 et suiv. London, 1879.

la manière de prendre les injections. Cette posture difficile dans la situation horizontale, le bassin élevé, les membres inférieurs fléchis, de manière à donner au vagin une direction qui lui permette de retenir l'eau un certain temps, en vertu des lois de la pesanteur et d'en être même distendu, serait utile sans doute, si elle n'était si incommode. Aussi ne faut-il pas compter qu'elle sera souvent employée, et le résultat le plus sûr auquel on arrive par là, c'est de faire que les malades négligent leurs injections parce qu'elles sont très difficiles ou leur donnent trop de peine, et leur inspirent une répugnance insurmontable.

Emmet lui-même ne peut s'empêcher d'en convenir et de reconnaître cette répugnance ainsi que l'abandon du traitement, qui en est la conséquence naturelle. Qu'importe qu'on ne fasse que lotionner le vagin, pourvu que cette lotion se fasse par un volume d'eau suffisant pour remplir ce canal et que la canule soit introduite assez profondément pour que le bout atteigne le cul-de-sac vaginal postérieur et que toute la muqueuse puisse être baignée par le liquide?

Pour mon compte je me trouve très bien de faire faire les injections simplement sur le bidet et avec une pompe qui monte beaucoup d'eau (Hydroclyse Naudinat avec grosse canule droite de Delioux-Savignac). La malade est commodément assise, elle appuie le dos au mur, elle ne mouille pas ses vêtements et, avec deux litres d'eau (la pompe reposant dans le bidet), elle ferait une injection d'une journée de durée s'il le fallait. Aussi ne répugne-t-elle pas le moins du monde à faire 2 ou 3 injections par jour, de dix minutes chacune. Il faut lui apprendre à bien introduire la canule, en suivant la paroi recto-vaginale, comme si elle voulait atteindre le dos, jusqu'à ce que l'olive de la canule atteigne le cul-de-sac postérieur.

J'ai décrit cette manière de prendre les injections dans mon *Traité des maladies de l'utérus* (3e édition, p. 260), je la prescris à toutes mes malades et j'en recueille les meilleurs effets, soit des injections simples, soit des injections médicamenteuses. S'il s'agit d'eau chaude, pour la maintenir toujours à la même température, je recommande de verser toutes les minutes un

peu d'eau chaude dans le bidet après en avoir retiré auparavant une égale quantité, et sans que la malade interrompe son injection, c'est-à-dire le jeu de la pompe.

Je ne me sers plus maintenant d'aucun autre instrument pour les injections, même pour les injections si efficaces, prises dans les grands bains, qu'il est si aisé de donner, toujours à l'aide de l'hydroclyse reposant au fond de la baignoire.

Il est du reste de la dernière nécessité de bien expliquer aux malades la manière de prendre leurs injections et de s'assurer qu'elles l'ont bien comprise et qu'elles la mettent exactement en pratique.

L'observation bien précise de ces particularités dans la manière d'administrer les médicaments, est souvent tout le secret du succès que l'on finit par obtenir, dans le traitement des maladies utérines, lorsqu'on ne néglige aucune des précautions, même en apparence les plus minutieuses, qui sont commandées par la connaissance de tous les éléments de la maladie.

ÉTUDE CLINIQUE DE LA CYSTITE CHEZ LA FEMME

CONSIDÉRÉE SPÉCIALEMENT DANS SES RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Par M. Eugène Monod, interne des hôpitaux.

(SUITE ET FIN) (1).

CHAPITRE III.

CYSTITE POST-PUERPÉRALE.

Je range sous ce titre les inflammations de la vessie qui surviennent chez la femme dans les premières semaines qui sui-

(1) Voir, *Annales de Gynécologie*, numéros de mars et avril 1880.

vent soit une fausse couche, soit un accouchement parfaitement normal.

J'insiste à dessein sur ce point que, dans les faits dont je vais parler, il n'y a eu aucune complication accompagnant l'accouchement, ni longueur exagérée du travail, ni manœuvre obstétricale quelconque. — Si l'on ne prend pas soin, en effet, d'établir cette distinction nécessaire, on s'expose à tomber dans la confusion et à rapprocher les faits les plus disparates. L'auteur d'une thèse récente sur le sujet qui m'occupe n'a pas évité cet écueil (1).

J'ai donné, en commençant, les raisons pour lesquelles j'éliminais de cette étude la cystite post-puerpérale traumatique, qui appartient tout entière à l'histoire de la dystocie. Je ne m'occuperai que de la *cystite post-puerpérale spontanée*. Je fais à l'avance des réserves sur ce dernier terme, que j'emploie parce qu'il a l'avantage de bien fixer les idées sur la question, sans la préjuger.

Les observations qui s'y rapportent et que j'ai recueillies pour la plupart dans le service de mon maître, M. Guyon, sont au nombre de douze.

Elles se divisent en deux groupes :

Le premier comprend les faits de cystite consécutive à un *avortement*.

Dans le second, les accidents du côté de la vessie sont survenus à la suite d'un *accouchement ordinaire*.

§ I. — *Cystites consécutives à un avortement.*

Observation I (personnelle). — Bertrand (Aimée), âgée de 21 ans, entre le 7 juin 1879, dans le service de M. Guyon, à Necker.

Cette femme a joui d'une bonne santé antérieure. Elle est d'un tempérament nerveux, mais ne présente pas de symptômes hystériques proprement dits.

(1) Mons, *De la cystite dans la grossesse et l'accouchement*. Th. Paris, 1877.

La menstruation est régulière. La malade n'a jamais présenté de phénomènes vésicaux avant aujourd'hui.

Il y a trois mois elle devint pour la première fois enceinte. Rien à noter pendant les deux premiers mois de la grossesse ; il y a un mois, le 1er mai, à la suite d'une vive contrariété, elle est prise d'une perte abondante. Rentrée chez elle, elle continue à perdre pendant douze jours consécutifs; elle nous apprend qu'elle a rendu des « caillots » en grand nombre.

Presque en même temps surviennent de vives douleurs en urinant. La douleur était surtout vive à la fin de la miction et persistait chaque fois deux ou trois minutes. Les envies étaient extrêmement fréquentes au début; elle urinait toutes les cinq minutes environ, et seulement quelques gouttes à la fois, la nuit aussi bien que le jour. Enfin elle nous apprend que son urine était trouble et renfermait des « flocons blancs » en abondance.

Ces symptômes *ont diminué d'intensité depuis que les pertes ont cessé*, c'est-à-dire depuis une quinzaine de jours. La fréquence et la douleur des mictions étaient moindres; cependant la persistance de ce dernier symptôme décida la malade à aller consulter M. le Dr Budin, qui nous l'adressa à l'hôpital Necker.

Au moment de son entrée, elle n'urine plus que six à huit fois par jour, deux à trois fois seulement dans la nuit.

Les urines renferment un dépôt muco-purulent peu abondant. La malade souffre toujours à la fin de la miction; elle se plaint aussi de douleurs dans le bas-ventre. La palpation abdominale est douloureuse lorsqu'on exerce une pression à la partie moyenne de la région hypogastrique. L'examen des organes génitaux ne fait constater rien d'anormal du côté du vagin, ni du méat urinaire. Par le toucher, on trouve les culs-de-sac vaginaux parfaitement libres. L'utérus n'est pas dévié; les mouvements qu'on lui imprime sont légèrement douloureux, l'orifice du col est refermé. On provoque une douleur vive lorsque le doigt appliqué le long de la paroi supérieure du vagin vient à presser sur la face inférieure de la vessie.

On ne prescrit pas d'autre traitement que le repos au lit, des cataplasmes sur le ventre, des boissons émollientes.

La malade demande sa sortie au bout d'une quinzaine de jours. Il reste un peu de fréquence de la miction et un léger dépôt dans les urines; mais les phénomènes douloureux ont disparu.

Obs. II (personnelle). — Mathilde C..., 30 ans, entrée le 23 juin 1879 dans la salle Sainte-Cécile, (service de M. Guyon).

Très bien portante jusqu'à son mariage qui remonte à 11 ans. Menstruation toujours régulière. Pas de symptômes vésicaux antérieurs à noter, si ce n'est qu'elle éprouvait d'habitude quelques légères douleurs en urinant *au moment des règles*.

Première grossesse parfaitement normale, il y a deux ans; accouchement très facile, terminé en trois heures.

Depuis lors, trois fausses couches : *la première*, de deux mois, un an après son accouchement; *la deuxième* de trois ou quatre semaines il y a huit mois; enfin *la troisième*, il y a deux mois. Toutes ces fausses couches avaient été provoquées par des accidents ou par de violentes émotions. La malade ne présente pas de traces de syphilis. Quoi qu'il en soit, c'est à sa première fausse couche (il y a un an) qu'elle fait remonter les troubles urinaires ainsi que les douleurs abdominales qui l'amènent aujourd'hui à l'hôpital. Ces phénomènes urinaires consistent en besoins fréquents d'uriner, surtout *au moment des époques menstruelles*, en douleurs ressenties principalement à la fin de la miction, en un dépôt grisâtre qui apparaît d'une manière intermittente dans les urines.

Ces symptômes, qui n'ont jamais complètement disparu depuis un an, ont présenté une intensité plus grande pendant les jours *qui suivirent chacune des deux dernières fausses couches*.

Le toucher fait constater de la périmétrite, surtout accusée du côté droit. La pression sur la face inférieure de la vessie est douloureuse.

1er juillet. Les phénomènes urinaires qui étaient peu accusés à l'entrée de la malade se montrent de nouveau. La malade attend ses règles.

2 août. Les symptômes urinaires, dont la malade ne se plaignait plus pendant le mois dernier, ont reparu depuis deux jours; comme la dernière fois, ces phénomènes ont coïncidé avec l'apparition des règles. La malade est toujours dans nos salles, traitée pour son affection péri-utérine.

Obs. III (extraite du *New-York medical Record*, numéro de mai 1878.) — Miss L..., blanchisseuse, âgée de 33 ans, est prise d'une attaque de cystite aiguë après un avortement au troisième mois : douleurs

vives avec sensation de brûlure pendant la miction; urines chargées de muco-pus et de sang; état général alarmant.

Les traitements ordinaires sont employés vainement contre l'inflammation vésicale, qui tend à passer à l'état chronique. Le symptôme le plus pénible pour la malade consiste dans la grande fréquence de la miction : elle est obligée de se lever toutes les heures pendant la nuit, et n'urine que quelques gouttes à la fois. Le passage de la sonde provoque les plus vives souffrances.

Le Dr Harvey se décide à pratiquer la dilatation forcée de l'urèthre. La dilatation fut portée au point qu'il put introduire le petit doigt dans la vessie. L'exploration de la muqueuse vésicale permit de constater que cette membrane était souple et exempte de lésion. L'hémorrhagie fut insignifiante.

Pendant les cinq jours qui suivirent l'opération, tous les symptômes parurent s'aggraver. Ce qui n'empêcha pas M. Harvey de pratiquer au bout de 26 jours une nouvelle séance de dilatation; cette fois, un soulagement immédiat s'ensuivit. La malade marcha dès lors vers une complète guérison.

§ 2. — *Cystites consécutives à un accouchement normal.*

Obs. IV (personnelle). — Marie G..., âgée de 33 ans, sans profession, entre le 27 décembre 1878, dans la salle Sainte-Cécile (hôpital Necker).

Cette femme qui, sans être robuste, parait bien constituée, ne présente aucun antécédent héréditaire. Elle a toujours joui d'une bonne santé antérieure. La menstruation est régulière. Elle n'a eu aucune affection utérine ou d'une autre nature.

Premier accouchement à 23 ans, normal; rien à noter pendant la grossesse.

Deuxième accouchement, quatorze mois après; rien à noter pendant la grossesse.

Troisième accouchement, dix mois après. La grossesse suivit encore un cours régulier, l'accouchement fut parfaitement normal. Mais, trois mois après, en novembre 1870, subitement, sans cause appréciable, se déclarèrent tous les symptômes d'une cystite intense.

La malade, qui est très intelligente et se rend un compte exact de son état, nous indique le jour même où les accidents débutèrent. Etant sortie un jour de grand froid, elle fut prise en rentrant chez elle de douleurs en urinant. La douleur, qu'elle compare à une violente cuisson, alla en augmentant les jours suivants; elle devint vive, brûlante; les envies d'uriner étaient continuelles; l'urine était chargée de pus et les dernières gouttes renfermaient du sang pur par intervalles.

Notons que la malade, nourrissant son enfant, n'avait pas vu revenir ses règles depuis son accouchement.

Les phénomènes précédents persistent avec des alternatives de mieux ou d'aggravation, et la malade reste dans cet état jusqu'au mois d'*août* 1871. A cette époque, elle vient consulter M. Guyon qui la reçoit dans son service. L'examen des organes génitaux ne fait découvrir aucune cause capable d'expliquer l'apparition des troubles urinaires. M. Guyon prescrit des instillations quotidiennes dans la vessie d'une solution de nitrate d'argent au 25e. Sous l'influence de ce traitement, les symptômes s'améliorent rapidement; au bout de 25 instillations, la guérison est complète et la malade quitte l'hôpital ne souffrant plus pendant la miction et rendant des urines claires.

Deux ans et demi après sa sortie, elle accouche pour la quatrième fois, (décembre 1872). La guérison se maintient parfaite.

En janvier 1875, cinquième accouchement. Rien à noter du côté des organes urinaires, ni pendant la grossesse, ni après l'accouchement.

Le sixième et dernier accouchement remonte au 1er juin 1878; il fut comme les précédents, *absolument normal*. Deux mois après (fin juillet) apparaissent sans cause appréciable; les mêmes symptômes qu'en 1870; douleurs vives en urinant, envies continuelles d'uriner, dépôt purulent dans les urines.

La malade appelle notre attention sur ce fait qu'elle avait vu, quoique nourrice, paraître ses règles le 24 juillet, mais l'écoulement sanguin a cessé immédiatement. Quatre ou cinq jours après se déclarèrent les phénomènes de cystite.

Comme la première fois, elle essaie de se soigner chez elle (capsules de térébenthine, bains, eau de goudron.) Mais, voyant que ses souffrances persistaient, elle se décide à rentrer à l'hopital (27 décembre 1878).

L'examen confirme les résultats négatifs de celui qui avait été pra-

tiqué lors de son premier séjour. Pas de lésions des organes génitaux. Pas trace de corps étranger dans la vessie. Il n'existe pas de déviation utérine; le col est seulement un peu gros. La malade est un peu amaigrie, mais la santé générale reste relativement bonne.

On pratique une quarantaine d'instillations au nitrate d'argent du 1er janvier au 20 février. Le symptôme *douleur* ne tarda pas à diminuer d'intensité, mais la *fréquence* et le *dépôt muco-purulent* dans les urines persistaient avec une désolante ténacité. M. Guyon prescrivit alors l'application de sangsues sur le col de l'utérus. Deux applications furent faites à huit jours d'intervalle. Chaque fois on put constater une amélioration notable des symptômes immédiatement après ce traitement; mais la fréquence et la douleur reparurent au bout de cinq à six jours.

Le 10 mars, la malade part, sur sa demande, pour le Vésinet. Les phénomènes aigus ont disparu, mais les mictions sont toujours fréquentes et un peu douloureuses; les urines sont chargées de muco-pus; l'état reste en somme stationnaire.

Le principal intérêt de l'observation précédente réside dans la réapparition de la cystite, à plusieurs années d'intervalle, dans des circonstances exactement semblables. Seulement on a vu que la maladie, qui avait aisément cédé une première fois à un traitement local, s'était montrée rebelle aux mêmes moyens, la seconde.

Obs. V (communiquée par M. le professeur Guyon). — Mme X..., accouchée normalement il y a quatre ans d'un enfant volumineux, fut prise dès les jours qui suivirent l'accouchement et sans avoir eu de rétention d'urine, d'envies fréquentes et douloureuses d'uriner. Dès le principe, elle eut des hématuries abondantes dans le cours et surtout à la fin de la miction.

Ces symptômes vésicaux résistèrent au traitement calmant et antiphlogistique établi tout d'abord; ils ne furent aucunement amendés par la cessation de la période puerpérale et persistaient encore dans toute leur intensité, lorsque la malade consulta quatre ans après M. Guyon. Il n'y avait jamais eu, disons-nous, de cessation absolue des symptômes urinaires; cependant la malade faisait observer que *pendant la saison chaude*, surtout la période *la plus chaude* de l'année,

les symptômes s'amendaient. L'hématurie disparaissait de temps en temps, mais se reproduisait sans cause appréciable et coïncidait toujours avec l'exaspération du phénomène fréquence et du phénomène douleur. Le froid, la fatigue exaspéraient les symptômes. La malade avait reçu les soins de plusieurs médecins, et en particulier de M. Gosselin qui avait fait pratiquer sans succès des injections intravésicales. Deux saisons à Contrexéville n'avaient produit aucun résultat. Après la seconde, M. Brongniard, supposant une fissure du col de la vessie, demandait à M. Guyon s'il ne jugeait pas opportun la dilatation forcée.

Les antécédents de la malade aussi bien que l'état actuel témoignaient cependant en faveur d'une cystite. La longue durée de la maladie, sa résistance à des traitements rationnels étaient les seules raisons à opposer au diagnostic de cystite post-puerpérale auquel s'arrêta M. Guyon. L'état purulent des urines, le mélange des mucosités ou du pus avec le sang, et la prédominance même du dépôt sanglant sous l'influence de l'exacerbation de la douleur et de la fréquence, se rattachaient trop bien à la physionomie clinique ordinaire des cystites, pour que le traitement ne retirât pas ses principales indications de cet ensemble symptomatique.

L'exploration avec des explorateurs olivaires, souples, de gros calibre (n° 22) démontrait que l'urèthre était à l'état normal; les sensations douloureuses ne commençaient qu'au moment où la boule explorative franchissait l'orifice vésical. L'exploration intra-vésicale à l'aide de ce même instrument permettait d'établir que le maximum de la douleur se rencontrait au pourtour du col. L'exploration métallique était absolument négative et ne faisait que mettre en relief l'excessive sensibilité de la vessie; mais elle ne révélait ni épaississement prononcé de ses parois, ni rien qui pût faire penser un seul instant à la présence d'un corps étranger.

En raison de la localisation principale des phénomènes douloureux, de l'échec complet des injections nitratées faites en pleine vessie, M. Guyon voulut recourir aux *instillations* afin de localiser l'action du nitrate d'argent et de l'utiliser aux doses plus élevées que permet ce mode d'emploi. Des instillations de 30 à 40 gouttes (solution au 25°) furent pratiquées tous les deux jours et toujours faites alors que la malade venait d'uriner. On fit en même temps usage des capsules à l'essence de santal à la dose de 12 par jour.

On obtint très rapidement une grande atténuation du symptôme

douleur, puis la cessation du symptôme *hématurie*, le symptôme *fréquence* persistant.

L'état s'amenda à ce point que, malgré l'époque de l'année (novembre) et le froid très accentué, ordinairement si préjudiciable à la malade, elle put sans inconvénient marcher ou aller en voiture, et bientôt employer une partie de ses journées à ses visites ou à des courses prolongées.

Le traitement fut continué pendant deux mois sans incident autre qu'une sorte de retour offensif des phénomènes vésicaux au *moment de l'époque*. Les instillations furent alors portées au 15e. Elles furent dès lors douloureuses, et la malade était obligée de rester au lit pendant une heure environ après les avoir reçues.

La malade quitta Paris, munie de tout ce qui lui était nécessaire pour faire, au besoin, de nouvelles instillations. Mais elle n'a pas encore dû y recourir; et depuis deux ans sa guérison s'est parfaitement maintenue.

Obs. VI (personnelle). — Mor.... (Marie), domestique, âgée de 27 ans, entre le 6 février 1879, dans la salle Sainte-Cécile, à l'hôpital Necker. Rien à noter dans ses antécédents. Réglée à dix-sept ans, elle a toujours joui d'une bonne santé.

A 19 ans elle fit une fausse couche de cinq mois; cet accident ne laisse aucune suite.

Elle redevient enceinte l'année dernière. La grossesse suivit un cours régulier, aucun trouble de la miction ne survint pendant cette période. L'accouchement qui eut lieu le 1er janvier 1879 fut des plus faciles ; la malade nous apprend qu'elle n'est restée qu'une heure sur le lit de douleur.

Trois jours après l'accouchement, survient une rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme : on ne dut recourir qu'une seule fois à cette manœuvre ; dès le lendemain le cours des urines était rétabli. De nouveaux symptômes vésicaux ne se sont pas montrés jusqu'à ce jour.

La malade, qui avait cessé l'allaitement au bout de dix-huit jours, entre à l'hôpital pour un abcès superficiel du sein gauche. L'abcès est ponctionné, et la cicatrisation se fait rapidement.

Deux jours après son entrée, le 8 février, elle ressent en urinant des picotements au col de la vessie. La douleur pendant la miction augmentant, elle se décide à s'en plaindre à nous, le 10 février.

Nous faisons garder dans un verre l'urine de la malade et nous constatons le lendemain qu'elle est trouble et laisse déposer une couche d'aspect purulent. Mais comme la malade a des pertes blanches depuis ses couches, afin d'éviter toute cause d'erreur, nous retirons directement de l'urine de la vessie au moyen du cathétérisme. La sonde dont le passage est peu douloureux, retire une petite quantité d'urine trouble, laissant précipiter par le repos un dépôt manifestement muco-purulent.

Le 12, les douleurs en urinant sont devenues très vives ; la fin de la miction s'accompagne d'une sensation de cuisson, très accusée. Les envies sont fréquentes. La malade a uriné douze fois la nuit dernière. M. Guyon prescrit des instillations au nitrate d'argent au 20°.

Dès la seconde instillation, on constate une amélioration sensible dans les symptômes, la malade ne souffre presque plus pendant les mictions qui sont beaucoup moins fréquentes.

Mais cinq jours après (18 février) une douleur vive se déclare dans la fosse iliaque gauche. La région est sensible au toucher. Le toucher vaginal fait constater que les culs-de-sac sont libres ; mais on trouve un col volumineux, et le moindre mouvement imprimé à l'utérus est douloureux.

La malade nous apprend que son époque revenait d'habitude très régulièrement le 18 de chaque mois ; mais n'ayant pas encore eu son retour de couches, les dernières règles remontent à une époque antérieure à sa grossesse.

Trois jours après l'apparition de ces symptômes les phénomènes urinaires se montrent dans toute leur intensité, (mictions fréquentes et très douloureuses). M. Guyon fait appliquer quatre sangsues sur le col. Elles donnent lieu à un écoulement sanguin abondant qui dure jusqu'au soir.

Dès le lendemain la douleur abdominale avait complètement disparu et la douleur en urinant était moindre. Cette amélioration très notable persiste quatre jours, au bout desquels la dysurie et le dépôt dans les urines reparaissent.

Le 3 mars, on fait une nouvelle application de quatre sangsues sur le col. La malade n'éprouve pas, à la suite de ce traitement, le même soulagement que la première fois, du côté de la vessie.

Le dépôt dans les urines persiste ; la malade est obligée de se lever plusieurs fois dans la nuit pour uriner, et elle urine toujours avec douleur.

Le 6, on reprend les instillations au nitrate d'argent. Le soir même, les mictions avaient été moins fréquentes et moins douloureuses.

Ce mode de traitement est continué jusqu'au 15. A cette date, l'amélioration est très réelle si l'on compare l'état actuel de la malade à son état lorsqu'elle est entrée. Cependant il y a toujours des mictions un peu fréquentes accompagnées d'une sensation douloureuse. Les urines présentent encore un léger dépôt.

La malade quitte l'hôpital pour le Vésinet vers la fin de mars.

OBS. VII (communiquée par M. Guyon). — Une jeune femme primipare, et récemment accouchée, se présente à la consultation de l'hôpital Necker vers la fin d'août 1877.

Depuis son accouchement qui a été parfaitement naturel, elle se plaint d'avoir des mictions fréquentes et douloureuses. Elle a eu à différentes reprises, des hématuries abondantes; le sang se montre surtout à la fin de la miction. Le symptôme *douleur* est excessif, et l'on pourrait ici encore se demander s'il ne s'agit pas d'une fissure du col, si la fréquence de l'hématurie, la présence de pus dans l'urine, n'autorisaient pleinement à établir le diagnostic de cystite post-puerpérale.

Comme dans un cas précédent de M. Guyon, (observation 5), le traitement vient confirmer le diagnostic. La malade, soumise aux instillations de nitrate d'argent, était guérie à la fin de septembre.

OBS. VIII (personnelle). — P... (Michelle), 37 ans, sans profession, blonde, d'un teint pâle, d'un tempérament très nerveux, mais ne présentant pas des symptômes d'hystérie caractérisés, a joui d'une bonne santé pendant son enfance. Elle n'a pas d'antécédents héréditaires, ni tubercules, ni rhumatismes.

Réglée à 17 ans, elle a toujours eu une menstruation régulière. Mariée à 24 ans, elle accoucha naturellement neuf mois après; elle ne présenta aucun trouble urinaire pendant le cours de sa grossesse.

Vingt mois plus tard (1865) elle accoucha pour le seconde fois. La grossesse fut régulière et l'accouchement remarquablement facile.

Six semaines après son dernier accouchement, étant sortie un jour de mauvais temps, elle eut froid, et quelques jours après survinrent des douleurs très vives en urinant, avec envies d'uriner continuelles.

La malade est obligée de reprendre le lit et elle rentre dans une longue période de dix-huit mois, pendant laquelle elle ne quitte pas sa chambre ni même son lit. Elle habitait alors Rohanne (près Lyon) où elle consulta successivement plusieurs médecins.

Les principaux symptômes qu'elle éprouvait alors étaient des *envies très fréquentes d'uriner* (sept ou huit fois par heure ; elle a compté une fois jusqu'à 35 mictions dans une nuit) ; une *douleur* extrêmement vive, surtout à la fin de la miction ; de l'*hématurie* survenant sous la forme de filets de sang pur à la fin de chaque miction ; de plus, il lui est arrivé, *en dehors des mictions*, d'uriner du sang tout pur.

Bien que la malade n'ait pas nourri son enfant, les règles sont demeurées supprimées pendant un an après le dernier accouchement. Depuis lors, la menstruation est toujours irrégulière. La malade attire notre attention sur ce fait que les symptômes vésicaux augmentaient constamment d'intensité *aux époques menstruelles*.

Pendant cette période, on parait s'être occupé surtout d'une prétendue affection utérine. On lui a fait subir des cautérisations répétées sur le col, et on lui administrait une série de médicaments internes variés. Une seule fois on fit une injection directe dans la vessie ; mais la malade, déjà à bout de patience, souffrit tellement à la suite de ce traitement qu'elle refusa absolument toute nouvelle tentative d'opération de ce genre.

En 1867, elle consulta le Dr Tessier, de Clermont, qui diagnostique une névralgie utérine et l'envoie aux eaux de Néris. Son état n'était pas amélioré à la suite d'une vingtaine de bains, (envies d'uriner continuelles ; elle n'urinait que quelques gouttes à la fois au prix de vives souffrances). Le médecin inspecteur des eaux lui donna alors le conseil de venir consulter à Paris ; elle se mit entre les mains de M. Demarquay, à la maison Dubois. Ce chirurgien constata une ulcération du col de l'utérus et lui fit des cautérisations au fer rouge ; contre les symptômes vésicaux, il prescrivit des capsules de térébenthine, et des bains prolongés.

Elle quitte l'hôpital au bout de quatre mois, améliorée et non guérie. Les urines renfermaient toujours un dépôt muco-purulent, et elle ressentait toujours par intervalles des douleurs vives pendant la miction. Elle retourne en Auvergne où elle est obligée de garder pendant des mois entiers la position horizontale. Dès qu'elle essaie de se lever et de faire quelques pas, les douleurs redeviennent into-

lérables. Par moment les souffrances en urinant sont atroces, au point de lui arracher des cris. Les urines renferment toujours du pus, souvent du sang. Les mictions sont très fréquentes, la malade n'urine que la valeur d'un quart de verre à la fois.

Une saison de bains à Royat, pendant deux années consécutives amène une amélioration momentanée dans les symptômes ; mais les douleurs vésicales ne tardent pas à reparaître. Les symptômes étaient toujours plus accusés pendant l'hiver que pendant l'été.

En 1869, la malade consulte M. Salmon, de Chartres, qui la renvoie pendant deux saisons de suite aux eaux de Néris. Elle en revient dans un état sensiblement amélioré ; mais les symptômes du côté de la vessie reparaissent toujours par intervalles.

Rien de nouveau à noter jusqu'en 1876. Au commencement de cette même année, elle s'aperçoit avec étonnement qu'elle commence à perdre ses urines, mais pendant la nuit seulement.

Peu de temps après elle les perdait le jour également. Son médecin la traite pour une *incontinence d'urine* et la soumet à l'hydrothérapie. Depuis le jour où les urines ont commencé à s'échapper sans l'influence de la volonté, la malade ne souffre plus en urinant. L'incontinence n'était pas absolue en ce sens qu'à certains moments, elle pouvait retenir en partie ses urines, d'autres fois au contraire toute l'urine s'écoulait involontairement.

C'est dans ces conditions qu'elle vient (novembre 1878) consulter M. Guyon qui constata un tout petit *orifice fistuleux*, situé à la partie la plus élevée de la paroi vaginale antérieure et donnant issue à l'urine. L'exploration ne fit découvrir aucun corps étranger dans la vessie.

Des tentatives répétées de cautérisation appliquée au niveau de la fistule demeurent infructueuses. La malade retourne en province à la fin du mois de janvier de cette année, n'éprouvant plus aucun symptôme douloureux, mais perdant toujours ses urines.

Nous avons tenu à raconter jusqu'au bout cette longue histoire qui nous paraît instructive à plus d'un titre. Elle nous montre une cystite débutant, d'une manière en apparence spontanée, six semaines après un accouchement normal, et aboutissant, après une évolution de plus de dix années, à une fistule vésico-vaginale. Il nous a été impossible en effet, quel-

que soin que nous ayons mis à interroger la malade, d'interpréter autrement le fait de la perforation vésicale.

Obs. IX (Gueneau de Mussy (1) résumée). — Une jeune femme, accouchée depuis deux mois, entre dans le service de M. Gueneau de Mussy en janvier 1868.

Depuis son accouchement qui avait été facile, elle éprouvait une sensation de cuisson chaque fois qu'elle urinait. La dysurie ne tarda pas à faire des progrès. Au bout de quatre semaines, la miction était devenue très douloureuse et très fréquente. A certains moments même la malade ne pouvait pas retenir son urine qui s'échappait par un jet subit, brusque, interrompu. Elle éprouvait une douleur d'abord légère, mais qui devenait atroce à la fin de la miction, et se prolongeait pendant un quart d'heure ou une demi-heure après. L'urine était mélangée de sang et de muco-pus; le microscope révèle la présence de leucocytes et de globules sanguins.

Le cathétérisme, qui fut douloureux, permit de constater l'absence de tout corps étranger dans la vessie.

On fit d'abord des injections émollientes intra-vésicales, qui furent remplacées au bout de quelques jours par des injections avec une solution de nitrate d'argent dont la dose fut graduellement élevée (20 à 50 centigr. de nitrate d'argent cristallisé dans 400 grammes d'eau distillée).

Après quatre ou cinq jours, les douleurs avaient notablement diminué; elles finirent par cesser tout à fait. Il n'y eut plus de sang dans les urines, bientôt plus de pus, et, après quinze jours de traitement, la malade fut guérie.

Obs. X (personnelle). — La nommée R... (Jeanne), âgée de 31 ans, journalière, entre le 29 juillet 1879 dans la salle Sainte-Cécile.

Pas d'antécédents héréditaires; santé antérieure bonne.

Six accouchements tous naturels, plus une fausse couche de trois mois et demi. Rien à noter dans le cours des grossesses, qui furent régulières.

Le dernier accouchement remonte à vingt mois; il fut très facile.

(1) Gueneau de Mussy. Leçon dans *Gaz. des hôp.*, nº 105, 8 septembre 1868, et *Clinique médicale*, t. II, p. 254.

Six semaines après, la malade commença à souffrir en urinant ; les mictions étaient fréquentes. En dehors des mictions, elle ressentait des élancements douloureux dans le bas-ventre et dans le canal de l'urèthre, avec sensation presque constante de pesanteur du côté du petit bassin et du périnée.

Les douleurs revenaient souvent par accès, durant plusieurs heures consécutives et pendant lesquels la malade urinait goutte à goutte toutes les deux ou trois minutes.

Elle nous apprend que ses urines laissent déposer une couche grisâtre, ressemblant à de la « matière. » Elle a également constaté à plusieurs reprises la présence de sang dans les urines.

La malade ayant cessé de nourrir au bout de onze mois, les règles ont reparu deux mois après, c'est-à-dire il y a sept mois environ. Elles ont été régulières depuis lors, mais, à deux reprises différentes, elles furent beaucoup plus abondantes qu'à l'ordinaire ; les deux fois, pendant les deux ou trois jours qui précédèrent cette véritable ménorrhagie, il y eut une *recrudescence très marquée des symptômes vésicaux.*

Au moment où la malade entre à Necker, les douleurs ont conservé la forme intermittente précédemment signalée ; elles surviennent sous forme d'accès revenant, sans régularité d'ailleurs, une ou deux fois dans les 24 heures. Les douleurs sont quelquefois extrêmement vives, arrachant des cris à la malade, et il lui est arrivé d'avoir des vomissements pendant l'accès. Lorsqu'on demande à la patiente de signaler nettement le trajet de la douleur pendant les accès, elle indique assez bien celui de la colique néphrétique du côté gauche, mais il faut noter qu'il n'y a pas d'élancements vers la cuisse ou le membre inférieur, et que les sensations douloureuses aboutissent toujours au méat urinaire.

Bien qu'elle inspecte souvent l'état de ses urines, la malade n'a jamais découvert dans son vase rien qui ressemble à de la gravelle. Elle ne présente d'ailleurs aucun antécédent goutteux. La pression sur les régions rénales n'est pas douloureuse. Bien que le caractère névralgique très accusé que revêt la douleur vésicale rappelle les accidents de la lithiase rénale, nous pensons qu'il n'y a pas de raison suffisante pour admettre chez cette femme une affection de cette nature.

D'ailleurs la fréquence des mictions, la douleur qui les accompagne, et le dépôt constaté dans les urines témoignent en faveur d'une cystite bien caractérisée.

Les symptômes vésicaux sont influencés par la marche, la fatigue, les courses en voiture.

L'état général est resté bon ; la malade a de l'embonpoint, bien qu'elle nous dise avoir un peu maigri depuis quelques semaines.

Rien à l'auscultation.

Par le toucher vaginal, on constate l'intégrité du col de l'utérus et des culs-de-sac vaginaux. La pression localisée sur le bas fond de la vessie détermine de la douleur ; on en provoque également en exerçant une pression au-dessus de la symphyse pubienne.

M. Guyon prescrit une instillation quotidienne de vingt gouttes d'une solution de nitrate d'argent au 25°. L'instillation est faite au niveau du col, la malade ayant pris le soin d'uriner immédiatement avant l'opération.

Le 1er août. La douleur est très vive à la suite de la première instillation et dure environ une heure. Dans la journée l'urine renferme du sang.

Le 2. La douleur ne dure plus qu'une demi-heure après l'instillation. Dans la journée, les phénomènes douloureux sont beaucoup moins accusés que les jours précédents. Toujours un léger dépôt sanguin dans l'urine.

Le 5. Réapparition des règles qui sont en avance de six jours. Exacerbation très nette dans les symptômes vésicaux.

Le 8. On continue une instillation quotidienne. Le symptôme *douleur* est très amendé. Il persiste cependant un léger dépôt de mucopus, avec stries de sang dans les urines.

OBS. XI (personnelle). — C... (Ernestine), âgée de 20 ans, paysanne du Cher, entre le 23 août 1879 dans le service de M. Blachez, à Necker. Cette femme qui a toujours joui d'une bonne santé a eu un premier accouchement naturel, il y a trois ans. Rien à noter dans les suites de couches.

Elle accouche pour la deuxième fois le 28 juillet 1879. Comme le dernier, l'accouchement fut parfaitement naturel et même particulièrement facile puisque les douleurs ne durèrent que deux heures et que l'enfant était petit. Elle se lève au bout de trois jours pour aller laver. L'écoulement lochial s'arrête et le lendemain apparaissent des douleurs dans la fosse iliaque droite accompagnées de quelques vomissements. Elle garde le lit depuis trois semaines ; les lochies n'ont pas reparu.

La veille de son entrée à l'hôpital elle a commencé à ressentir des douleurs vives en urinant, surtout à la fin de la miction. Cette douleur est assez vive par moments pour arracher des cris à la malade. La miction est d'ailleurs peu fréquente. Les urines laissent déposer une légère couche de muco-pus.

Le toucher fait constater que les culs-de-sac du vagin sont parfaitement libres. On provoque une douleur vive lorsqu'on presse avec le doigt sur la face inférieure de la vessie.

La malade quitte l'hôpital au bout d'une quinzaine de jours. Elle n'a été soumise qu'au repos et aux boissons émollientes. Le symptôme douleur a disparu presque complètement. Les urines renferment toujours un léger dépôt.

Les phénomènes vésicaux qu'ont présentés les malades dont on vient de lire l'observation reproduisent le tableau clinique complet de l'inflammation de la vessie, et, bien que cette inflammation se soit montrée à des degrés différents, ce qui ressort cependant des faits qui précèdent, c'est l'intensité habituelle des symptômes qui appartiennent pour la plupart aux cystites franchement aiguës.

Cette simple remarque permet d'éliminer toutes les interprétations qu'on pourrait être tenté de donner à ces faits, et qui ne tiendraient pas compte de l'existence d'une *cystite* bien caractérisée, je fais allusion aux termes si souvent répétés de *névralgie uréthrale*, *spasme du col de la vessie*, etc.

N'ayant point à décrire la cystite en général, je ne ferai pas un chapitre spécial de symptomatologie, laquelle est d'ailleurs connue de tous. Partant de ce fait clinique, l'existence d'une cystite post-puerpérale, indépendante de tout traumatisme exercé sur les organes pendant l'accouchement, je m'attacherai à mettre en lumière les conditions de son développement en discutant les opinions que j'ai pu trouver dans les auteurs sur cette question évidemment mal élucidée.

Le seul ouvrage où l'accident qui nous occupe soit signalé nettement et avec quelques détails est le livre de M. Her-

vieux (1), sur les maladies puerpérales. L'auteur y consacre un chapitre spécial à l'étude de la *cystite puerpérale*. Après avoir rappelé que c'est surtout aux pressions exercées sur la vessie par les parties fœtales qu'on a attribué les phénomènes de cystite qui se rencontrent chez les accouchées, l'auteur ajoute :

« Si l'action comprimante n'a pas été trop intense, je dis « qu'elle n'est pas seule responsable des lésions plus ou moins « graves que l'autopsie révèle sur la muqueuse vésicale de « quelques femmes en couches.

« Le nombre des accouchées qui, dans mon service de la « Maternité, sont atteintes de cystite est relativement assez « considérable, et certainement hors de toute proportion avec « le nombre des femmes qui, pendant le travail de l'accouche- « ment, ont éprouvé des accidents susceptibles à eux seuls « d'expliquer l'inflammation de la muqueuse vésicale. »

Et l'auteur conclut en ces termes :

« Lorsque l'accouchement a été facile et naturel, la cause « mécanique ne peut plus être invoquée en tant que cause dé- « terminante. Il n'y a d'admissible que l'action spécifique « d'un principe toxique. »

Ce principe toxique ne serait autre, pour M. Hervieux, que le poison puerpéral auquel cet auteur attribue, comme on sait, un rôle prépondérant dans la pathogénie des différents accidents qui peuvent survenir chez les femmes en couches. Pour lui cet empoisonnement d'une nature spéciale, dont le développement serait favorisé surtout par les mauvaises conditions nosocomiales, domine toute la pathologie des nouvelles accouchées. Aussi l'auteur prend-il soin de déclarer, en parlant de l'anatomie pathologique de l'affection, qu'on peut rencontrer à l'autopsie, outre les altérations propres à la cystite, « presque toutes les lésions qui relèvent de l'empoisonnement puerpéral, c'est-à-dire la phlébite utérine, la péritonite, le phlegmon des ligaments larges, la vaginite, etc. »

---

(1) Hervieux. *Traité clinique et pratique des maladies puerpérales, suites de couches*, 1870, p. 628.

Nous ne soulèverons pas ici cette grosse question de pathologie générale, qui touche à la nature intime des accidents puerpéraux.

Nous renfermant dans l'objet spécial de notre étude, nous ne nous occuperons point de ces cas où des lésions graves, le plus souvent gangréneuses, du côté de la vessie, viennent compliquer, à titre d'épiphénomène, d'autres lésions autrement importantes du côté de l'utérus ou de ses annexes.

En dehors de ces cas, lorsque la cystite existe, comme dans nos observations, à l'état d'accident isolé chez une accouchée, on reconnaîtra avec nous qu'il n'y a aucune raison pour admettre la nature toxique de l'affection, et l'explication proposée par M. Hervieux n'a pas d'autre valeur que celle d'une théorie personnelle, mais qui attend une démonstration.

L'idée d'une contagion, d'une véritable *infection locale*, vient cependant assez naturellement à l'esprit lorqu'on songe aux conditions anatomiques où se trouvent les organes génitaux de la femme au moment des couches. A ce point de vue, la théorie d'une cystite infectieuse ne parait pas inadmissible, ou tout au moins n'est pas irrationnelle. — On peut se demander si les liquides divers et facilement altérables dans lesquels baignent constamment les parties sexuelles pendant les jours qui suivent l'accouchement, ne pourraient pas contaminer le méat entr'ouvert et provoquer une inflammation vésicale par le fait d'une véritable inoculation. La question mérite d'autant plus d'être posée que nous avons vu, dans plusieurs de nos observations, la maladie rappeler par l'intensité des symptômes, et en particulier par la présence de sang pur à la fin des mictions, le tableau clinique de la cystite par inoculation blennorrhagique.

Ici encore il faut distinguer les cas qui se rencontrent en pratique.

On sait combien il est fréquent qu'on soit obligé de recourir au cathétérisme dans les deux ou trois jours qui suivent l'accouchement. On comprend alors que la sonde, imprégnée des liquides qu'elle rencontre à l'entrée du vagin, puisse introduire

dans la vessie des substances propres à provoquer son inflammation.

Un auteur allemand, Olshausen (1), insiste sur cette cause de cystite, qu'il regarde comme fréquente chez les femmes en couches. Il parle même d'une néphrite catarrhale, liée à la grossesse, qu'il aurait rencontrée dans quelques cas, et qui ne reconnaîtrait pas d'autre cause qu'une propagation à la muqueuse rénale de l'inflammation ainsi produite dans le réservoir urinaire. Kaltenbach (2), signalant l'inflammation catarrhale de la vessie dans l'état puerpéral, pense aussi qu'elle peut être due à l'irritation chimique ou simplement mécanique produite par la sonde sur la muqueuse de l'organe.

Mentionnons enfin, dans le même ordre d'idées, le résultat d'expériences faites par Dubelt (3). Après avoir expérimenté, sur des chiens, des injections d'air, d'urine saine ou altérée, dans la vessie, l'auteur a voulu se rendre compte des conséquences du cathétérisme simple, mais répété. Il a constaté que l'introduction fréquemment renouvelée de la sonde déterminait de la rougeur de la muqueuse et la chute de l'épithélium.

Il résulte des faits précédents que le cathétérisme peut, à lui seul, provoquer des phénomènes de cystite chez les accouchées.

Mais lorsque cette cause ne peut pas être invoquée, — c'est le cas pour chacune de nos observations — peut-on admettre qu'une petite quantité de liquide lochial s'engage spontanément dans l'urèthre et aille contagionner la muqueuse vésicale?

Nous ne le pensons pas. Il suffit de faire un rapprochement entre le nombre des femmes qui sont atteintes de phénomènes vésicaux, et les conditions multiples dans lesquelles les parties sexuelles de la femme se trouvent en contact avec les liquides organiques les plus divers sans qu'il se fasse aucune inocula-

(1) Olshausen. *Des affections de l'appareil urinaire survenant après l'accouchement et pendant la grossesse. Beiträge für Geburtshülfe und Gynækologie*, Berlin, 1873, t. II, fasc. 2, p. 272.

(2) *Arch. für Gyn.*, t. III, p. 1-37.

(3) *Archiv für Experimental patholog.* von Klebs, t. V, p. 195.

tion de ce genre. Si l'interprétation que nous combattons était vraie, les femmes ne seraient-elles pas presque constamment sous le coup d'un accident semblable, et le nombre des accouchées qui échapperaient à une inflammation vésicale ne deviendrait-il pas l'exception?

M. Gueneau de Mussy (1), dans une leçon clinique qu'il fit à l'occasion de la malade dont nous avons rapporté l'observation (obs. IX), discutant la nature de l'affection, commence par dire: « C'était d'ailleurs une circonstance assez singulière « qu'une cystite avec hématurie se développant après l'accou- « chement sans autre cause appréciable. » Rapprochant alors ce fait d'un autre semblable que lui avait communiqué M. Voillemier, sous le nom de *fissure du col de la vessie*, ce médecin n'hésita pas à accepter le même diagnostic pour sa malade.

Nous ne voudrions pas contester la possibilité d'une lésion de cette nature, bien qu'il n'y ait là qu'une présomption et que, de l'aveu même de M. Gueneau de Mussy, personne n'ait encore démontré, par l'exploration directe, l'existence des fissures du col vésical. Cependant nous ne pouvons pas nous empêcher de faire remarquer que la fissure, fût-elle bien réelle chez la malade de M. Gueneau de Mussy, ne suffirait pas à rendre compte de la présence de sang et de muco-pus dans les urines que nous trouvons notée dans son observation. Tous les symptômes indiqués, au contraire, se rapportent bien évidemment à la cystite la mieux confirmée. Il n'est pas jusqu'au succès obtenu par le traitement local employé (injections avec une solution de nitrate d'argent), qui ne témoigne en faveur de ce diagnostic.

Dans le cas de M. Voillemier, auquel nous faisions allusion tout à l'heure, il s'agissait d'une femme qui fut prise, quelques jours après ses couches, de douleurs pendant la miction avec ténesme et hématurie. Ce chirurgien, l'ayant guérie par la dilatation forcée, n'hésita pas à voir dans ce fait la confirma-

(1) *Loc. cit.*

tion du diagnostic de *fissure du col*, qu'il avait porté chez sa malade. Nous aurons à revenir tout à l'heure sur ce mode de traitement, qui jouit d'une certaine faveur à l'étranger dans la cure d'un assez grand nombre d'affections vésicales. Disons seulement que, comme on a vu l'opération, appliquée aux cas les plus divers, être suivie d'un égal succès, rien ne permet d'affirmer que la guérison obtenue par M. Voillemier soit une garantie en faveur de son opinion. Nous nous croyons donc autorisé, jusqu'à preuve du contraire, à faire rentrer les cas de M. Gueneau de Mussy et de M. Voillemier dans la classe des cystites post-puerpérales que nous cherchons à établir.

Que doit-on penser du fait suivant qui appartient à Spiegelberg (1), et dans lequel cet auteur pense avoir établi anatomiquement la vraie nature de l'affection?

Obs. XII (résumée).—Une femme de 24 ans, normalement accouchée pour la première fois, en octobre 1873, se plaignait depuis cette époque de troubles de la miction, devenus bien plus intenses depuis six mois. Toutes les demi-heures, elle était prise d'envies d'uriner irrésistibles, et la miction était accompagnée de violentes douleurs qui persistaient pendant quelques minutes. Aucune médication ne réussit, et l'état général de la malade commençait à inspirer des inquiétudes.

A l'inspection, on trouve la vulve et le méat urinaire rouges. Toute la paroi vaginale antérieure est sensible. Il y a un léger catarrhe utérin.

Les urines sont claires au début, légèrement troubles à la fin de la miction. Le cathétérisme est très douloureux et ne permet de reconnaître aucune trace de calcul; l'instrument retiré est recouvert de stries sanguinolentes.

La dilatation brusque, faite dans le but d'explorer la paroi du canal, ne fait découvrir aucune trace de polype. Cette exploration amena une douleur violente qui ne tarda pas à disparaître, et dès le lendemain la malade put garder ses urines pendant quelques heures

(1) Spiegelberg. *Berl. klin. Woch.*, 1875, n° 16, cité par Blum. *Des affections de l'urèthre chez la femme. Arch. gén. de méd.*, août 1877, p. 143.

et les rendre avec beaucoup moins de douleur. Une seconde dilatation ayant été faite, l'exploration du canal avec le spéculum intra utérin de Jobert permet de voir à la partie supérieure gauche une *surface granuleuse* d'un demi-centimètre de long, non saignante, et par conséquent ancienne. On toucha avec le nitrate d'argent et la malade ne tarda pas à guérir.

Le même auteur dit avoir observé un second cas analogue au précédent. La maladie succédait également à un accouchement, et guérit par le même procédé.

On remarquera que la « surface granuleuse ancienne » dont parle l'auteur de cette observation ne rappelle guère les caractères auxquels nous sommes habitués à reconnaître les fissures en général, celles à l'anus par exemple. Le seul fait clinique qui en ressorte, c'est que la guérison de cette cystite post-puerpérale rebelle fut obtenue par la dilatation de l'urèthre, et nous avons déjà dit que ce n'était pas une raison suffisante pour admettre la nature fissuraire de l'affection.

Nous arrêtons là cette discussion, non sans faire une remarque générale qui s'applique aussi bien à la pathologie des voies urinaires chez l'homme que chez la femme, c'est que dans une question aussi complexe que celle de l'étiologie de la cystite, il importe, sous peine d'augmenter encore la confusion, de peser avec soin la valeur des termes qu'on emploie. Or, nous le répétons à dessein; quand, aux symptômes fonctionnels de l'inflammation vésicale, vient se joindre la présence de pus et de sang dans l'urine, n'est-il pas de toute évidence qu'on a affaire à une cystite confirmée, et que parler, devant des faits semblables, de névralgie, de spasme ou de fissure du col, c'est méconnaître, au profit d'idées préconçues, la précision du langage chirurgical?

Quelles sont donc la cause et la nature de la cystite post-puerpérale? Nous ne pensons pas que, dans l'état actuel de nos connaissances, une réponse catégorique à cette question soit possible. Ce qui ressort pour nous de nos observations c'est, que cette cause n'est pas *une*, et que l'inflammation vésicale peut

se développer chez les accouchées dans des conditions diverses, sans qu'on puisse toujours assigner au début des accidents une origine bien rigoureuse. Comme nous l'avons fait pour la cystite du début de la grossesse, notre principal but a été d'affirmer cliniquement l'existence de la cystite post-puerpérale, indépendante de tout traumatisme pendant l'accouchement, sans prétendre donner du phénomène une interprétation qui serait prématurée et qui attend des observations plus nombreuses.

Nous tenons cependant à remettre en lumière un fait qui nous paraît avoir une grande importance dans l'espèce, et sur lequel nous avons déjà insisté dans le chapitre précédent; c'est la relation étroite que les connexions vasculaires établissent, au point de vue pathologique, entre la vessie et l'utérus.

Les conditions spéciales d'imminence morbide que la congestion généralisée aux organes du petit bassin, créait pour le réservoir urinaire au début de la grossesse, ne se retrouvent-elles pas, bien qu'un peu différentes, dans la période qui suit l'accouchement?

On sait que l'utérus, dès qu'il s'est débarrassé du produit de la conception, subit des modifications physiologiques, bien étudiées dans ces derniers temps, qui aboutissent au retour de l'organe à l'état normal: c'est la phase de l'*involution utérine* (1). Pendant ce travail de régression et de réparation, dont la durée moyenne est de deux ou trois mois, l'utérus se trouve dans un état de congestion passive qui rend l'organe particulièrement accessible aux influences morbides; et c'est un fait aujourd'hui bien démontré que l'origine d'un grand nombre de maladies utérines ne doit pas être cherchée ailleurs que dans les troubles circulatoires qui entravent le travail régulier de l'involution.

Il ne semble pas irrationnel d'admettre que la vessie, subissant dans une certaine mesure les effets de cette gêne circulatoire, participe, par cette raison même, à la susceptibilité mor-

---

(1) Chenet. De l'involution utérine et de l'engorgement utérin, Thèse de Paris, 1877.

bide que nous venons de voir exister pour l'utérus. A l'appui de cette manière de voir, nous ferons observer que plusieurs auteurs, en parlant des dilatations veineuses qui se rencontrent quelquefois autour du col vésical chez la femme, et qui ont été désignées par M. le professeur Richet (1), sous le nom d'hémorrhoïdes uréthrales, signalent l'influence prépondérante de la grossesse sur leur production.

En résumé, nous pensons que la vessie chez la femme, en raison de troubles circulatoires dont cet organe subit à des degrés divers le contre-coup, se trouve, pendant toute la période qui sépare la fécondation de l'achèvement de l'involution utérine, dans des conditions de vascularité particulièrement favorables au développement de la cystite. Telle cause qui, dans les circonstances normales, n'aurait eu aucun retentissement sur l'organe ou tout au moins n'eût entraîné qu'un trouble fonctionnel léger, deviendra capable, dans les conditions nouvelles où il se trouve, de déterminer une inflammation confirmée.

Dans le cas particulier de cystite consécutive à un accouchement, faut-il chercher cette cause déterminante dans le froissement auquel est exposé le bas-fond vésical pendant l'accouchement même le plus facile? Nous n'oserions rien affirmer à cet égard. Faisons toutefois remarquer que l'hypothèse précédente est inadmissible lorsque les accidents vésicaux ont succédé, comme nous en avons rapporté des exemples, à une fausse-couche survenue dans les premiers temps de la grossesse. On est donc amené à conclure que cette cause mécanique ne suffit pas à rendre compte de tous les cas.

Nous aurions une certaine tendance à attribuer une influence importante au *refroidissement*, au moins à titre de cause déterminante (nous nous sommes suffisamment expliqué sur ce point). Cette influence du froid apparaît assez nettement dans plusieurs de nos observations.

---

(1) Richet. Leçon clinique sur les hémorrhoïdes uréthrales chez la femme et leur traitement. *Gaz. des hôp.*, 1872, p. 505 et 514.

CHAPITRE IV.

DE QUELQUES AUTRES VARIÉTÉS DE CYSTITE SECONDAIRE CHEZ LA FEMME.

J'ai étudié dans les chapitres précédents les principales variétés de symptômes urinaires qu'on peut rencontrer pendant la grossesse ou après l'accouchement, et j'ai cherché à établir que deux conditions fondamentales présidaient à leur développement : d'une part, la compression mécanique exercée par l'utérus gravide sur le réservoir urinaire ; d'autre part, les connexions vasculaires étroites qui existent entre la vessie et l'organe de la gestation.

Bien que cette double influence trouve dans les dispositions anatomiques de l'utérus pendant la grossesse des conditions de développement exceptionnellement favorables, il est aisé de concevoir qu'elle puisse se faire sentir dans d'autres circonstances, et que toutes les causes capables d'amener une augmentation de volume de l'utérus ou une hypérémie de cet organe pourront entraîner par un mécanisme analogue des troubles urinaires. Envisagé à ce point de vue, le cadre des affections vésicales chez la femme s'agrandit singulièrement, et le sujet acquiert une importance de premier ordre.

La cystite est regardée, en général, dans nos traités de chirurgie, comme exceptionnelle chez la femme. La disposition anatomique de ses organes urinaires, permettant une issue facile de l'urine au dehors, la mettrait à l'abri d'un grand nombre d'affections vésicales qui résultent de la stagnation de ce liquide et qu'on observe si communément chez l'homme. La plupart des auteurs ont accepté le fait sans contrôle et toutes les descriptions classiques de la cystite se rapportent presque exclusivement à cette affection envisagée chez le sexe masculin.

Il y a là une erreur évidente dont on tend à revenir. Nous

ne voudrions pas dire que la cystite, d'une manière absolue, ne soit pas plus fréquente chez l'homme : mais il suffit de séjourner quelque temps dans une salle de femmes à l'hôpital, et d'avoir l'attention éveillée du côté des troubles urinaires chez les malades, pour se convaincre que l'inflammation du réservoir urinaire est loin d'être rare dans le sexe. Le sentiment de pudeur qui pousse un grand nombre de femmes à garder le silence sur les souffrances qu'elles éprouvent du côté des organes urinaires explique sans doute que les affections vésicales passent souvent inaperçues chez elles.

Il n'entre pas dans notre plan de faire une étude complète de la cystite chez la femme. Le sujet pris dans son ensemble, nous avait tenté au premier abord et mériterait sans doute d'être traité à fond.

Mais nous nous sommes bientôt aperçu que la question ainsi comprise dépasserait les limites de ce travail. Il nous a semblé cependant qu'il y aurait intérêt à esquisser à grands traits, dans un dernier chapitre qui servirait d'appendice à ce mémoire, la question des *cystites secondaires* chez la femme. Les premiers jalons ainsi posés pourront servir à une étude plus détaillée que nous reprendrons peut-être un jour.

Nous ne nommerons que pour mémoire les formes de cystite aujourd'hui bien connues chez l'homme et qu'on peut rencontrer également chez la femme ; la *cystite blennorrhagique*, la *cystite cantharidienne*, la *cystite traumatique* et les cystites chroniques, symptomatiques de la présence d'un *calcul*, de *corps étrangers*, ou de néoplasies développées dans l'épaisseur de l'organe (*tubercules*, etc.).

Nous mentionnons d'une façon spéciale la cystite symptomatique de la présence d'un calcul, parce qu'elle soulève une question importante de diagnostic. Si les calculs proprement dits de la vessie (1) sont relativement rares chez la femme, on sait qu'il est assez fréquent de rencontrer dans cet organe des

(1) *Des calculs de la vessie chez la femme et les petites filles*. Hybord. Thèse de Paris, 1872.

corps étrangers de nature très diverse, et dont les malades essaient de cacher soigneusement l'existence. Le *traité des maladies des voies urinaires* de Chopart (1) renferme à cet égard, un grand nombre de curieuses observations. On devra donc toujours songer à cette cause possible de troubles urinaires, que l'exploration minutieuse de la vessie permettra seule d'écarter. Nous citerons le fait suivant rapporté par Smellie (2) qui prouve que, même dans le cours de la grossesse, cette origine de phénomènes vésicaux ne doit pas être perdue de vue :

OBSERVATION. — La femme d'un charbonnier s'est plainte pendant longtemps de violentes douleurs à la vessie ; cependant on en avait peu de pitié, parce qu'on soupçonnait plus de paresse dans son fait que de vraie maladie. Sur ces entrefaites, elle est devenue grosse et elle a souffert de cruelles douleurs pendant le temps de sa grossesse, jusqu'au moment de ses couches. La sage-femme appelée pour la secourir rencontra un corps dur qui se présentait au-devant de la tête de l'enfant, dont elle fut fort étonnée. Le travail fut long et pénible. Elle sentit enfin venir quelque chose, et en examinant ce que ce pouvait être, il se trouva que c'était une pierre à peu près du volume et de la figure d'un gésier d'oie et qui pesait 5 à 10 onces. L'enfant suivit immédiatement après cette pierre. La malade se rétablit assez bien, mais il lui en resta cependant une incontinence d'urine.

Quant à la *cystite tuberculeuse*, bien décrite dans ces dernières années, elle peut exister chez la femme soit consécutivement, la malade étant franchement tuberculeuse, soit primitivement comme manifestation initiale de la diathèse ; M. Guébhard (3) en cite plusieurs exemples dans sa thèse. J'ai observé moi-même depuis le commencement de cette année, un cas qui se rapporte à cette dernière variété.

En dehors de ces faits, on peut dire que la cause des troubles urinaires observés chez la femme doit être cherchée très sou-

---

(1) Edition de Félix Pascal, 1821.

(2) Smellie. *Traité des accouchements*, 1777, t. II, p. 162.

(3) Guébhard. *Etude sur la cystite tuberculeuse*. Thèse de Paris, 1878.

vent dans une lésion de l'utérus ou de ses annexes, et que la classe des *cystites secondaires* constitue un chapitre important de gynécologie.

Barnes (1), qui a insisté dans ses leçons cliniques sur les rapports des affections vésicales avec les maladies utérines, fait à ce sujet de judicieuses remarques.

« Lorsqu'un malade, dit-il, se plaint de souffrir dans un organe, ou d'éprouver des troubles dans l'accomplissement des fonctions physiologiques de cet organe, il ne s'ensuit pas nécessairement que celui-ci soit le siège réel de la maladie. Ce principe est particulièrement vrai pour la vessie de la femme, tellement vrai que, dans la majorité des affections vésicales chez ce sexe, c'est en dehors du réservoir urinaire qu'il faut en chercher la cause. Pour remonter à la valeur diagnostique des souffrances que la malade rapporte à la vessie, il sera indispensable de faire un examen complet non seulement de ce dernier organe, mais de tous les autres organes renfermés dans le petit bassin. »

Et plus loin : « L'étude clinique des symptômes vésicaux chez la femme est, le plus souvent, du domaine de la gynécologie. »

La justesse de ces observations n'échappera à personne, et il suffit pour en avoir la confirmation de diriger les recherches, pendant l'examen des malades, dans le sens indiqué par l'auteur anglais.

Quelles sont donc les conditions, extérieures aux organes urinaires, qui sont capables de provoquer des troubles de la miction chez la femme? Cest ce que nous nous proposons d'indiquer rapidement en terminant.

Il nous faudrait passer en revue presque toute la pathologie utérine si nous voulions aborder la longue énumération des causes qui peuvent faire sentir leurs effets sur le réservoir urinaire. Restant à un point de vue tout à fait général, nous nous contenterons de grouper les faits en deux grandes classes :

(1) Loco citato.

Dans la première, la fonction urinaire se trouve compromise par *compression mécanique*.

Dans la seconde, les phénomènes vésicaux sont sous la dépendance des *relations vasculaires* qui existent entre la vessie et l'utérus.

En un mot, *compression* d'une part, *hyperémie propagée* d'autre part, telle est la double influence qui domine toute la pathogénie des troubles urinaires secondaires chez la femme. On se rappelle que nous avons trouvé exactement les mêmes conditions en traitant de l'objet spécial de cette étude, les cystites puerpérales.

Aux deux classes de faits que nous venons d'établir on pourrait en joindre une troisième, celle où les parois de la vessie sont directement envahies par les progrès d'une lésion ulcéreuse. Nous faisons allusion aux propagations très fréquentes d'un cancer de l'utérus au bas-fond vésical. Mais nous éliminons cette complication le plus souvent ultime de la maladie, par les mêmes raisons qui nous ont fait écarter les cystites traumatiques consécutives à des cas de dystocie. Ici la relation de cause à effet est simple, évidente et se passe de tout commentaire. Mentionnons toutefois un fait que nous trouvons signalé dans Barnes, et dont nous avons eu la confirmation cette année même chez une de nos malades, c'est que l'envahissement de la vessie par la tumeur cancéreuse se révèle quelquefois par tous les symptômes d'une cystite intense qui ajoutent pendant un certain temps aux souffrances de la patiente, jusqu'au moment où la cessation brusque des phénomènes douloureux, coïncidant avec l'apparition de l'incontinence, annonce que la paroi vésicale est perforée (1).

Les faits de la *première classe*, ceux où les troubles urinaires sont dus à une compression mécanique, ne nous arrêteront pas.

---

(1) Devernoix. *Complications du cancer de l'utérus du côté de la vessie et des reins*, et Chaumont. *Des troubles urinaires dans le cancer de l'utérus*. Thèses de Paris, 1874.

…viations utérines, les déplacements de l'organe (1), les …entes tumeurs dont il est le siège, les tumeurs du petit …sin peuvent devenir les agents de cette compression, dont les …ets varieront nécessairement avec le volume et surtout le siège de la tumeur.

Il nous suffit de nommer la rétention d'urine à ses divers degrés et ses suites pour faire entrevoir la série d'accidents auxquels les malades qui portent de semblables lésions sont exposées. Plusieurs faits intéressants, se rapportant aux complications produites du côté des organes urinaires par des corps fibreux ont été publiés dans ces dernières années. Nous y renvoyons le lecteur (2).

Un fait digne de remarque et que nous trouvons encore signalé par Barnes, un des auteurs qui ont étudié avec le plus de soin les troubles vésicaux chez la femme, c'est que les symptômes produits par la compression du côté de la vessie, semblent s'accentuer *au moment des époques menstruelles.* L'auteur ajoute que ce phénomène n'est pas dû nécessairement à un accroissement de volume de la tumeur elle-même pendant cette période, mais qu'il paraît plutôt dépendre de l'augmentation générale de turgidité qu'on observe dans tout le système circulatoire du petit bassin.

Cette remarque nous amène à parler de notre *seconde classe* de faits, ceux où les modifications vasculaires qui se passent du côté de l'utérus paraissent tenir sous leur dépendance les manifestations vésicales.

Nous avons déjà rappelé l'opinion de Laugier sur l'influence exercée par la menstruation sur la marche de la cystite. Pour ce professeur, cette affection emprunterait un caractère de gra-

(1) Cas du Dr Philipp in *Obstetrical transactions*, 1870. Voir aussi sur *les maladies de la vessie en rapport avec les déplacements utérins. American journ. of obstetrics*, 1876, nº d'avril (*P. Mundé*) et nº d'octobre (*Emmet*).

(2) Charcot. *Progrès médic.*, 1874, p. 763. — Depaul. *Bull. de la Soc. de chir.*, 29 octobre 1873. — Budin, *Ann. de Gyn.*, 1874, t. II, p. 149, — Fourestié. *Accidents consécutifs à la compression incomplète de la vessie et du rectum par les corps fibreux utérins interstitiels. Gaz méd.*, 1875, nos 6 et 7.

Dans la première, la fo
par *compression mécani*
Dans la seconde, les
pendance des *relations*
et l'utérus.

En un mot, *com*
d'autre part, telle e
pathogénie des tro
On se rappelle q
conditions en tr
tites puerpérale

Aux deux c
rait en joindr
sont directer
Nous faisc
cancer de
cette con
mêmes
ques cc
à effet
Ment
Barn
mén
vess
les
cer
où
av
c

... chez la femme à la poussée aiguë qu'imprime à ... le retour périodique des règles. Pour notre ... nous n'avons jamais manqué d'interroger à ce point de vue toutes les malades atteintes de troubles vésicaux que nous avons observées depuis le commencement de cette année et nous avons presque toujours pu constater la vérité de cette assertion.

Un fait clinique beaucoup moins connu, et qui nous paraît devoir être rapproché du précédent, c'est le retentissement sur la vessie des troubles circulatoires qui s'observent dans tout l'organisme, mais principalement dans les organes du petit bassin, à l'époque de la ménopause.

« Le premier effet produit par la suppression du flux menstruel est sans contredit un état pléthorique donnant lieu à des phénomènes congestifs variés... Toutes les régions du corps peuvent être le siège de ces congestions, mais il est à remarquer que ces troubles fonctionnels sont beaucoup plus fréquents dans les organes péri-utérins que partout ailleurs... Il est très fréquent d'observer des signes manifestes de congestion des organes du petit bassin : pesanteur au périnée, sensation de chaleur, de cuisson à l'anus et à la vulve (1). »

L'auteur de l'intéressante thèse à laquelle nous avons emprunté cette citation aurait pu ajouter aux symptômes dont il parle la fréquence de la miction, parfois même la dysurie : c'est au moins ce qui ressort de quelques observations personnelles.

En un mot la vessie, participant à la congestion générale du petit bassin, se trouve dans cet état d'imminence morbide dont nous parlions plus haut, état qui la rend propre à s'enflammer sous l'influence de causes même légères, celles-ci d'ailleurs passant le plus souvent inaperçues.

Nous pensons donc qu'il existe une variété spéciale de cystite qu'on est en droit, pour les raisons que nous venons d'exposer, de rattacher à la *ménopause*.

(1) Barié. *Étude sur la ménopause*. Thèse de Paris, 1877.

… sommes pas, au reste, le premier à émettre cette … Civiale (1), dans son traité des maladies des organes gé… …naires, s'exprime en ces termes :

« … l'époque de la ménopause, les catarrhes de vessie sont …uents, graves et communément opiniâtres. »

Une affirmation aussi formelle, à l'appui de laquelle il n'est …ité aucun fait, aurait besoin, croyons-nous, d'être discutée et justifiée mieux que ne le fait son auteur. Quoi qu'il en soit, le fait nous paraît rationnel, acceptable et digne d'appeler l'attention des cliniciens.

Nous rapportons les deux cas suivants qui se sont présentés à notre observation cette année, comme des exemples très nets de cystite liée à la ménopause.

Observation I. — La femme V... (Florentine), âgée de 47 ans, domestique, ne présente pas d'antécédents héréditaires et a toujours joui d'une bonne santé antérieure.

La menstruation qui s'est établie à 14 ans a été régulière jusqu'à *il y a deux ans*. Depuis lors, elle offre de grandes irrégularités ; il se passe plusieurs mois de suite sans que les règles paraissent.

Mariée à 21 ans, elle a été séparée de son mari à 24 ans. Elle n'a jamais eu de grossesse.

Depuis *une vingtaine de mois*, la malade a remarqué qu'elle urinait plus souvent que d'habitude. La miction se faisait deux fois par heure environ dans la journée, et elle était obligée de se lever cinq ou six fois la nuit. La fréquence des besoins était d'ailleurs à cette époque la seule incommodité ressentie par la malade, la miction n'étant pas douloureuse.

C'est depuis le mois de janvier de cette année qu'elle a commencé à souffrir en urinant. Ces douleurs sont intermittentes, en ce sens qu'elles ne se reproduisent pas à chaque miction. La fatigue, la marche les augmentent. Elles consistent en une sensation de cuisson qui suit la miction et persiste pendant quatre ou cinq minutes.

La malade ne peut nous dire si les symptômes vésicaux s'exagèrent

(1) Civiale, t. III, p. 493.

vité spéciale chez la femme à la poussée aiguë qu'imprime à tous les symptômes le retour périodique des règles. Pour notre compte, nous n'avons jamais manqué d'interroger à ce point de vue toutes les malades atteintes de troubles vésicaux que nous avons observées depuis le commencement de cette année et nous avons presque toujours pu constater la vérité de cette assertion.

Un fait clinique beaucoup moins connu, et qui nous paraît devoir être rapproché du précédent, c'est le retentissement sur la vessie des troubles circulatoires qui s'observent dans tout l'organisme, mais principalement dans les organes du petit bassin, à l'époque de la *ménopause*.

« Le premier effet produit par la suppression du flux menstruel est sans contredit un état pléthorique donnant lieu à des phénomènes congestifs variés... Toutes les régions du corps peuvent être le siège de ces congestions, mais il est à remarquer que ces troubles fonctionnels sont beaucoup plus fréquents dans les organes péri-utérins que partout ailleurs... Il est très fréquent d'observer des signes manifestes de congestion des organes du petit bassin : pesanteur au périnée, sensation de chaleur, de cuisson à l'anus et à la vulve (1). »

L'auteur de l'intéressante thèse à laquelle nous avons emprunté cette citation aurait pu ajouter aux symptômes dont il parle la fréquence de la miction, parfois même la dysurie : c'est au moins ce qui ressort de quelques observations personnelles.

En un mot la vessie, participant à la congestion générale du petit bassin, se trouve dans cet état d'imminence morbide dont nous parlions plus haut, état qui la rend propre à s'enflammer sous l'influeuce de causes même légères, celles-ci d'ailleurs passant le plus souvent inaperçues.

Nous pensons donc qu'il existe une variété spéciale de cystite qu'on est en droit, pour les raisons que nous venons d'exposer, de rattacher à la *ménopause*.

---

(1) Barié. *Etude sur la ménopause*. Thèse de Paris, 1877.

Nous ne sommes pas, au reste, le premier à émettre cette opinion. Civiale (1), dans son traité des maladies des organes génito-urinaires, s'exprime en ces termes :

« A l'époque de la ménopause, les catarrhes de vessie sont fréquents, graves et communément opiniâtres. »

Une affirmation aussi formelle, à l'appui de laquelle il n'est cité aucun fait, aurait besoin, croyons-nous, d'être discutée et justifiée mieux que ne le fait son auteur. Quoi qu'il en soit, le fait nous paraît rationnel, acceptable et digne d'appeler l'attention des cliniciens.

Nous rapportons les deux cas suivants qui se sont présentés à notre observation cette année, comme des exemples très nets de cystite liée à la ménopause.

OBSERVATION I. — La femme V... (Florentine), âgée de 47 ans, domestique, ne présente pas d'antécédents héréditaires et a toujours joui d'une bonne santé antérieure.

La menstruation qui s'est établie à 14 ans a été régulière jusqu'à *il y a deux ans*. Depuis lors, elle offre de grandes irrégularités ; il se passe plusieurs mois de suite sans que les règles paraissent.

Mariée à 21 ans, elle a été séparée de son mari à 24 ans. Elle n'a jamais eu de grossesse.

Depuis *une vingtaine de mois*, la malade a remarqué qu'elle urinait plus souvent que d'habitude. La miction se faisait deux fois par heure environ dans la journée, et elle était obligée de se lever cinq ou six fois la nuit. La fréquence des besoins était d'ailleurs à cette époque la seule incommodité ressentie par la malade, la miction n'étant pas douloureuse.

C'est depuis le mois de janvier de cette année qu'elle a commencé à souffrir en urinant. Ces douleurs sont intermittentes, en ce sens qu'elles ne se reproduisent pas à chaque miction. La fatigue, la marche les augmentent. Elles consistent en une sensation de cuisson qui suit la miction et persiste pendant quatre ou cinq minutes.

La malade ne peut nous dire si les symptômes vésicaux s'exagèrent

(1) Civiale, t. III. p. 193.

au moment des règles. Celles-ci d'ailleurs sont presque complètement supprimées depuis quelques mois.

Elle insiste sur ce fait que les douleurs en urinant sont beaucoup plus vives dès qu'elle se livre à un exercice un peu prolongé. Elle n'a jamais eu d'hématurie. Les urines sont devenues troubles depuis trois semaines environ.

A son entrée à l'hôpital (25 mars 1879), l'état général est bon ; la malade paraît bien constituée.

L'auscultation donne des résultats négatifs,

Les mictions sont fréquentes et douloureuses, symptômes qui ont motivé son entrée à l'hôpital. Les urines sont troubles à l'émission, et laissent déposer par le repos une couche muco-purulente très apparente.

L'examen des organes génito-urinaires donne les résultats suivants :

La palpation faite sur la région hypogastrique ne provoque pas de sensibilité bien appréciable ; il en est de même de la pression sur le bas-fond de la vessie à l'aide du doigt introduit dans le vagin. Le toucher fait constater que les culs-de-sac sont libres, l'utérus dans sa situation normale ; on sent seulement sur la face postérieure de cet organe une légère tuméfaction dure et arrondie, de la grosseur d'une noisette, due vraisemblablement à la présence d'un petit myôme.

Rien à l'inspection du méat urinaire. L'explorateur métallique introduit dans la cavité vésicale ne révèle la présence d'aucun corps étranger, d'aucun calcul. Les parois de la vessie paraissent légèrement épaissies, surtout du côté droit.

On prescrit des instillations, pratiquées tous les deux jours, de 30 gouttes d'une solution de nitrate d'argent au 50°.

6 avril. Les symptômes se sont notablement amendés sous l'influence du repos et du traitement. On doit suspendre ce dernier à cause de la réapparition des règles. Celles-ci, qui ne s'étaient pas montrées depuis trois mois, ont une durée de quinze jours, pendant lesquels les symptômes vésicaux restent à peu près stationnaires. La malade urine toutes les heures environ, tantôt sans souffrir, tantôt avec douleur. En dehors des mictions elle éprouve une sensation de chaleur, de cuisson dans le bas-ventre. Les urines laissent toujours déposer du muco-pus en notable quantité.

Depuis la fin d'avril jusqu'au 10 juin, on pratique une instillation tous les deux jours. A cette date il n'y a pas de modification appré-

ciable dans l'état local. Les mictions sont toujours fréquentes, plus ou moins douloureuses. Le dépôt urinaire reste à peu près invariable.

La santé générale est d'ailleurs bonne. La malade a plutôt engraissé depuis son entrée à l'hôpital. Elle part pour le Vésinet le 11 juin.

Obs. II.— P... (Augustine), âgée de 44 ans, brodeuse, entre le 16 octobre 1879, dans le service de M. le professeur Broca, à Necker. Cette femme qui a les apparences d'une bonne constitution n'a pas eu de maladie antérieure, Un seul enfant il y a vingt et un ans.

La menstruation qui, a toujours été normale, présente *depuis trois mois* des irrégularités, et surtout une diminution notable en quantité. Depuis la même époque sont apparus pour la première fois des symptômes vésicaux: envies fréquentes d'uriner (toutes les cinq ou dix minutes la nuit aussi bien que le jour); douleur vive avec cuisson au méat vers la fin de la miction et persistant une ou deux minutes; dépôt jaunâtre dans les urines. La malade qui depuis l'apparition de ces phénomènes observait avec soin ses urines, n'y a jamais constaté la présence de sang pur, ni de stries sanguinolentes. Tous ces symptômes augmentent notablementd'intensité aux approches des périodes menstruelles (qui reviennent irrégulièrement comme nous l'avons dit) et s'amendent dès que les règles sont passées.

Ne ressentant aucune amélioration depuis trois mois, bien qu'elle se fût condamnée à un repos relatif, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

L'état général est bon; la malade ne tousse pas et l'on ne trouve rien à l'auscultation qui puisse faire soupçonner la présence de tubercules.

L'exploration directe des organes ne donne également que des résultats négatifs: pas trace de vaginite ni d'uréthrite. Un instrument métallique introduit dans la vessie permet de constater qu'il n'existe aucun corps étranger. L'utérus est dans une situation normale. La pression sur le bas-fond de la vessie à travers la paroi vaginale provoque une vive douleur.

La fréquence de la miction ayant rapidement diminué ainsi que le symptôme douleur sous l'influence d'un repos absolu, la malade demande à quitter l'hôpital avant qu'on ait pu instituer un traitement local.

APPENDICE.

DE LA DILATATION DU COL DE LA VESSIE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DE LA CYSTITE CHEZ LA FEMME.

On écrirait, à coup sûr, un intéressant et utile chapitre si l'on réunissait, dans une étude d'ensemble, les diverses indications qui doivent guider le praticien dans le traitement souvent complexe de la cystite chez les deux sexes.

Je n'ai pas l'intention de l'aborder dans ce travail où j'ai eu surtout en vue l'étiologie et la pathogénie de l'affection.

Je me contenterai de rappeler, en me fondant sur les résultats qui ressortent de mes observations, que le traitement de la cystite puerpérale par les instillations d'une solution de nitrate d'argent, appliqué suivant le mode opératoire de M. le professeur Guyon, paraît être, parmi les différentes méthodes employées, la plus rationnelle, celle qui donne les résultats les plus favorables et qui doit être par conséquent préférée.

Je voudrais seulement, en terminant, appeler l'attention sur un procédé thérapeutique nouveau qui est peu connu en France, mais qui compte déjà un assez grand nombre de succès à l'étranger, pour qu'il mérite d'être pris en sérieuse considération; je veux parler de la dilatation du col de la vessie.

Il y a longtemps qu'on a songé à tirer parti de l'extrême dilatabilité de l'urèthre de la femme pour la recherche de corps étrangers ou de calculs renfermés dans la vessie. En dehors de ces cas, des chirurgiens français ont fait un certain nombre de fois la dilatation dans un but spécial. Ainsi nous avons vu que M. Voillemier la pratiqua à deux reprises dans des cas où il pensait avoir affaire à une fissure du col, et M. Richet (1) propose le même mode de traitement contre l'affection qu'il désigne

(1) *Loco citato.*

sous le nom d'hémorrhoïdes uréthrales. Mais s'il existe dans nos recueils périodiques quelques faits isolés de cette opération, nous n'avons jamais entendu dire que personne l'ait proposée comme méthode générale de traitement, applicable aux troubles urinaires les plus divers. Aussi n'avons-nous pas été peu surpris en voyant que la dilatation du col de la vessie était passée, depuis quelques années, en Angleterre, en Amérique et en Allemagne, presque dans le domaine de la chirurgie courante.

On pourra en juger par la lecture des extraits suivants que nous tirons d'un article inséré dans la Lancet de 1875. L'auteur de cet article, Pridgin Teale (1), un des plus chauds partisans de la méthode en Angleterre, raconte comment on fut amené à généraliser ce mode de traitement. Une jeune femme, dit-il, jouissant en apparence d'une bonne santé, était traitée depuis assez longtemps pour une cystite intense, avec urines muco-purulentes et même sanglantes. Ayant échoué par tous les traitements usuels, le chirurgien se décida à pratiquer la dilatation de l'urèthre dans le but de permettre l'introduction du doigt et de rechercher la cause de la maladie persistante. Il ne trouva aucune lésion appréciable, mais quelle ne fut pas sa surprise en constatant au bout de quelques jours une complète guérison.

Depuis ce fait, M. Teale possède une quarantaine d'observations où cette méthode, appliquée aux cas les plus divers, a été suivie de succès.

Discutant les indications de l'opération, il déclare qu'elle est applicable à tous les cas où il existe, pendant plusieurs mois, une douleur au col de la vessie, avec fréquence de la miction, qu'il y ait ou non du mucus, du pus ou du sang dans les urines. L'auteur est allé jusqu'à pratiquer la dilatation dans des cas où les malades rendaient une grande quantité de pus de provenance rénale.

Quant aux objections qu'on peut faire à la méthode, M. Teale

---

(1) P. Teale. *Lancet*, 27 novembre 1875.

cherche à les réfuter en montrant par le relevé de ses cas que l'opération est très bénigne en elle-même, et que l'incontinence d'urine consécutive, même temporaire, n'est pas à craindre.

De son côté Heath (1) en Angleterre qui a adopté ce mode de traitement en même temps que son confrère, nous apprend que ses *nombreuses* observations confirment de tous points celles de Teale sur les avantages qu'on retire de l'opération. Cet auteur a apporté un perfectionnement à la méthode, en faisant servir la dilatation à l'application [de traitements locaux sur la muqueuse vésicale.

Enfin Simon d'Heidelberg (2), qui a fait des recherches spéciales sur la dilatation de l'urèthre, comme moyen d'exploration des organes urinaires, avance que l'opération a été pratiquée plus de cinquante fois à la clinique d'Heidelberg, sans qu'il en soit jamais résulté ni incontinence d'urine, ni accident d'aucune sorte.

Il nous a paru intéressant de signaler ces faits en raison de leur nouveauté. Nous ne possédons pas les éléments nécessaires pour discuter la valeur de cette méthode de traitement.

Nous pensons que les auteurs que nous avons cités ont étendu beaucoup trop loin le champ des indications opératoires, et que peu de chirurgiens seront tentés de les suivre lorsqu'ils appliquent indistinctement la dilatation du col de la vessie à tous les cas de cystite rebelle. Il y a là une exagération évidente. Néanmoins le nombre des succès qu'ils ont enregistrés est assez important pour appeler l'attention des praticiens et les engager peut-être à expérimenter par eux-mêmes ce que vaut la méthode.

CONCLUSIONS.

Des faits que nous avons rapportés dans ce travail nous nous croyons en droit de tirer les conclusions suivantes :

(1) Heath. *Lancet*, 11 décembre 1875. Voir aussi une observation de Barton n *Brit. med. Journ.*, 8 juin 1878.

(2) *Volkmann's Klin. Vorträge*, nº 88, 15 juillet 1875.

I. — Les symptômes urinaires qu'on observe pendant la grossesse reconnaissent deux ordres de causes différentes, à chacune desquelles se rattache un groupe clinique distinct; d'une part la compression de l'utérus gravide qui produit la rétention d'urine ; d'autre part, la congestion vésicale, qui s'explique par les connexions vasculaires de l'utérus et de la vessie, et qui crée pour ce dernier organe une prédisposition à l'inflammation.

II. — On peut observer pendant les premières semaines de la gestation une variété de *cystite aiguë qui se rattache manifestement au début de la grossesse.*

III. — On observe aussi, immédiatement après ou dans les premières semaines qui suivent un accouchement normal, une variété de cystite qui mérite, en raison de son époque d'apparition, le nom de cystite *post-puerpérale.*

IV. — Les rapports anatomiques et les connexions vasculaires qui relient l'utérus à la vessie rendent compte de la fréquence des troubles urinaires qui accompagnent un grand nombre de maladies de l'utérus, en même temps que certaines modifications physiologiques de cet organe, aux époques menstruelles ou à l'époque de la ménopause par exemple.

Il existe donc toute une classe d'inflammations vésicales propres à la femme, et contrairement à l'opinion généralement admise, la cystite est loin d'être rare chez elle (1).

---

(1) Ce travail est la reproduction d'un mémoire terminé pour le concours des prix de l'internat au mois d'août de l'année dernière. Depuis qu'il est en cours de publication, l'attention de la Société de chirurgie a été attirée sur l'une des questions qu'il soulève par une communication de M. le Dr Terrillon sur plusieurs faits de cystite liée au début de la grossesse (*séance du* 10 *mars* 1880). Cette communication donna lieu à une discussion intéressante dans laquelle divers chirurgiens ont produit quelques faits d'inflammation vésicale confirmée chez des femmes enceintes. Nous sommes heureux de constater que l'attention est éveillée sur ce sujet ; il y a tout lieu de croire que les observations semblables ne tarderont pas à se multiplier.

REVUE CLINIQUE.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES CHEZ UNE PRIMIPARE

INHALATION D'OXYGÈNE. DISPARITION DES ACCIDENTS

Par le Dr Pinard, professeur agrégé.

Madame P..., âgée de 22 ans, d'une bonne constitution, habituellement bien réglée, eut ses dernières règles du 16 au 20 mars.

Le 16 avril, absence de menstruation.

Ce fut le seul symptôme indiquant le commencement probable d'une grossesse.

La santé générale resta excellente jusqu'au dimanche soir 4 mai. Ce même jour après avoir pris le potage du dîner, des vomissements subits se montrèrent et il fut impossible de continuer le repas. Le lendemain 5 mai les vomissements reparurent le matin pour continuer toute la journée. Tous les aliments pris sont aussitôt rendus.

Le 6 mai. Etat saburral très marqué ; haleine non fétide mais acide. Traitement : 2 grammes poudre d'ipécacuanha. Vomissements toute la journée et toute la nuit suivante.

Le 7. Dégoût invincible pour tous les aliments solides et liquides. Seule la bière est prise avec plaisir, mais est aussitôt rendue. Vomissements dans la nuit.

Le 8. La langue étant très chargée, on essaie de faire avaler 40 gr. de citrate de magnésie en solution dans 250 gr. d'eau sucrée. Cette solution est de suite rejetée. Glaces, sorbets, tout est rejeté.

Le 9. Même état ; l'amaigrissement commence à se montrer, de plus la fatigue produite par les efforts continuels et l'absence de sommeil devient excessive. Deux pilules contenant cinq centigrammes d'extrait thébaïque sont prises dans la nuit, mais elles ne produisent aucune sédation.

Le 10. Même état. 10 pilules de 0,01 centigramme d'extrait thébaïque sont prises dans les 24 heures, sans amener aucun résultat.

Du 10 au 20 mai, la situation resta la même. La soif devint extrême ; toutes les heures environ, Madame P... prenait un demi-

verre de bière qui ne séjournait que quelques instants dans l'estomac.

Le 18 mai, le toucher fit constater que l'utérus développé comme il l'est à deux mois de gestation était complètement en rétroversion.

Le 20 mai. Injection hypodermique de 0,015 milligrammes de morphine le matin ; une semblable le soir. Ce traitement fut continué pendant trois jours sans amener aucune cessation ni diminution de vomissements.

Du 20 au 30, on employa les pulvérisations d'éther à l'aide de l'appareil de Richardson. Les pulvérisations étaient continuées jusqu'à ce que la peau fût devenue insensible. Les régions insensibilisées furent la région épigastrique et la région dorso lombaire. Tantôt aussitôt avant la préhension de la bière, tantôt après ; à aucun moment ce liquide ne put être conservé.

Le 1er juin, le palper abdominal permit de constater la présence du corps de l'utérus à 6 centimètres au-dessus de la symphyse. Le toucher fit reconnaître également que le col, qui était auparavant fortement porté en avant et en haut, avait repris sa place au centre de l'excavation.

Du 1er juin au 15 du même mois on cessa tout traitement.

Les vomissements ne cessèrent ni le jour ni la nuit. Dès le moindre mouvement, un haut le corps faisait rejeter une quantité plus ou moins considérable de bile. La soif, toujours vive, était étanchée avec de la bière, seul liquide qui ne fût pas considéré avec dégoût.

La faiblesse devint telle que bientôt Madame P... ne put s'asseoir sur son lit. Toutes les masses musculaires avaient disparu, ainsi que put le constater mon excellent maître, M. Tarnier, qui vit la malade à ce moment.

La température axillaire, prise avec le plus grand soin par moi-même trois fois par jour, oscilla entre 37° et 37°,2.

A partir du 15 juin, en raison de douleurs atroces siégeant dans la région épigastrique et s'étendant en ceinture au niveau des insertions diaphragmatiques, je recommençai les injections hypodermiques de morphine. 5 milligrammes furent ainsi injectés matin et soir, au niveau des points douloureux.

Les douleurs furent diminuées.

Le 20 juin, pour calmer les douleurs, trois injections de 5 milligrammes furent nécessaires.

Le 28, 4 injections furent faites. Après chaque injection, calme pendant quelques heures.

Les vomissements aussi fréquents, mais sans efforts ni douleurs, ressemblaient plutôt aux régurgitations des enfants.

Amaigrissement de plus en plus prononcé.

Cependant sous l'influence de la morphine, les téguments de la face acquirent une couleur rose.

Le 25 juin, troubles de la vue. Madame P... ne distingue plus les meubles de sa chambre. Elle croit être entourée par un épais brouillard. Pouls 76. Température 37°. Pas de constipation. Tout en continuant les injections sous-cutanées de morphine à la dose de 2 centigrammes de morphine, je fis respirer de l'oxygène à l'aide de l'appareil Limousin.

10 litres le premier jour, 25 juin.

12 litres le deuxième.

15 le troisième.

Le 29 juin dans la soirée, Madame P...: demande un potage julienne, qui fut pris avec plaisir et conservé ainsi qu'un verre de bière.

A partir de ce moment les vomissements cessèrent et tout traitement fut suspendu.

Une seule fois ils reparurent le 15 juillet, à la suite d'un repas un peu copieux ; mais Madame P... avait éprouvé, après l'ingestion des aliments, des émotions très vives. C'était une simple indigestion.

Les forces revinrent assez vite pour que vers la fin de juillet Madame P... put faire des petites promenades à pied.

Au mois d'août l'état général était bon. L'utérus se développait normalement.

Accouchement normal le 14 décembre. Enfant vivant, fille pesant 3 k. 200, Suites de couches normales.

Madame P... allaite sa fille qui pèse aujourd'hui, 8 mai 1880, 7 k. 100.

Réflexions. Cette observation nous semble intéressante à plus d'un titre :

1° Au point de vue de l'étiologie, on aurait pu croire que la rétroversion de l'utérus, ainsi que plusieurs auteurs l'ont soutenu, était la cause des vomissements. La réduction s'opéra

spontanément, du 20 au 30 juin, et les vomissements continuèrent comme auparavant. La rétroversion n'était donc, dans ce cas, tout au moins, qu'une coïncidence.

2° Au point de vue de la marche de l'affection, ce cas montre combien la première période des vomissements incoercibles (période d'amaigrissement, d'inanition) peut être longue. Dans cette observation, malgré la faiblesse extrême, l'émaciation, les troubles de la vue, etc., la période fébrile ne fut pas atteinte, puisque la température resta normale ainsi que le pouls.

3° Au point de vue du traitement. Ainsi que notre relation le montre, nous avons employé une thérapeutique assez variée : vomitifs, opiacés, pulvérisations d'éther, etc., sans obtenir de résultats.

N'accordant du reste aucune confiance au traitement médical; sachant que presque tous les médicaments ont réussi *une fois* à arrêter les vomissements dits incoercibles, quand ces derniers allaient disparaître spontanément, mais se montraient impuissants dans d'autres cas ; j'attendais non sans crainte et sans émotion, l'apparition des symptômes fébriles pour avoir ecours au traitement chirurgical, le seul qui à mon avis soit rationnel et puissant. Mon intention était d'abord de recourir à la dilatation du col, qui paraît avoir réussi dans quelques cas. Si cette méthode qui a l'immense avantage de ne pas sacrifier le fœtus ne m'avait pas réussi, j'aurais provoqué l'avortement avant l'apparition de la troisième période ou période comateuse.

Tristement j'envisageais ces alternatives, quand j'eus connaissance des faits communiqués par le professeur Hayem à la société de biologie, démontrant l'action heureuse des inhalations d'oxygène sur les vomissements des chlorotiques.

Après avoir demandé quelques renseignements au professeur Hayem, je résolus de tenter ce dernier moyen. On sait ce qui se passa.

En raison de la cessation si subite des vomissements, je pensai que le fœtus pouvait être mort. De suite le stéthoscope me démontra que l'enfant vivait.

Alors sous quelle influence les vomissements disparurent-ils ? cessèrent-ils spontanément, le traitement n'y étant pour rien, ou cessèrent-ils sous l'influence de l'action de l'oxygène ? tel est le problème que l'avenir seul peut résoudre.

N'ayant qu'un fait, je n'ai aucun droit de conclure, je le fais connaître et voilà tout. L'oxygène a réussi contre les vomissements des chlorotiques ; s'il n'a pas réussi chez Madame P....., en tout cas il n'a pas nui ; aussi demanderai-je à mes confrères qui auront à soigner des vomissements incoercibles de la grossesse, de vouloir bien tenter ce moyen et d'en publier les résultats.

CORRESPONDANCE.

Mon cher M. Lauwereyns,

Vous venez de publier le second fascicule du Traité commencé par MM. Chantreuil et Tarnier.

Dans ce fascicule se trouve un chapitre sur le *Mécanisme général des accouchements*.

En 1857, le Dr Cozzonis, qui suivait mes cours particuliers, me demanda l'autorisation de faire sa thèse sur *La loi générale du mécanisme des accouchements*, que j'avais formulée dès 1853 dans mon enseignement (1857, thèse de Cozzonis, citée par Pénard).

En 1864, parut un long article dans le premier volume du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, où j'exposais *la loi générale*, précédée des considérations sur lesquelles s'appuyait la possibilité de l'instituer.

En 1867, dans le Traité de Cazeaux, *annoté par Tarnier*, on lit : « Rien n'est plus curieux que le mécanisme de l'accouche- « ment (en général), on retrouve dans les mouvements que le « fœtus exécute une uniformité constante qui a excité l'attention

« de tous les accoucheurs modernes, et parmi eux, il faut citer
« MM. P. Dubois et Jacquemier. Après eux, *M. le professeur*
« *Pajot a enfin nettement formulé la loi unique du mécanisme*
« *et l'a appliquée à toutes les présentations.* »

Pour nous, dit cet auteur, etc. (PAJOT, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).

« Nous acceptons complètement cette manière de voir, » ajoute M. Tarnier.

Or, P. Dubois (j'ai suivi ses leçons régulièrement pendant dix-huit ans) n'a jamais fait d'autre parallèle qu'entre l'évolution spontanée et le sommet. S'il eût décrit la loi, M. Tarnier n'aurait pas eu besoin d'insérer sa note, puisque le livre de Cazeaux a été fait avec les leçons de P. Dubois, comme il le dit, lui-même, dans la préface de sa première livraison. Chailly qui a suivi l'exemple de Cazeaux, n'en parle pas davantage.

Quant à Jacquemier, voici le passage. A propos de l'accouchement par le pelvis il écrit :

« Nous allons, en partie, reproduire ce qui a été dit à l'occa-
« sion du mécanisme de l'accouchement dans les présentations
« précédentes, tant il y a d'analogie dans les phénomènes mé-
« caniques et la marche qui est imprimée au fœtus.... »

De là, à une loi précise il y a loin, on en conviendra.

Voici maintenant le fait incroyable, mais vrai, que je signale à votre attention :

Dans le fascicule de MM. Tarnier et Chantreuil, paru en 1880, il y a un mois, il existe un chapitre sur le *Mécanisme général de l'accouchement*, et ni les noms de P. Dubois, de Jacquemier et Pajot, ne sont mentionnés.

Les honorables auteurs du fascicule semblent être convaincus d'avoir trouvé la loi pendant leur collaboration.

Cela m'a paru difficile à passer, je m'en suis expliqué avec M. Tarnier qui croyait avoir inventé, au moins, une petite partie de la loi avant moi.

Après lui avoir montré les dates, il est convenu que c'était une erreur et une omission.

Erreur et omission, soit. Mais on me permettra de les constater.

Agréez, mon cher éditeur, mes meilleurs sentiments

Professeur PAJOT.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. DUPLAY fait une communication sur le sujet suivant : **Fistule urétéro-vaginale; difficulté du diagnostic; opération; mort.**

Le diagnostic d'une fistule urétéro-vaginale simple et unilatérale, paraît être considéré par la plupart des auteurs comme assez facile. Ils se fondent sur les symptômes suivants :

1° Un stylet introduit dans l'orifice fistuleux ne pénètre pas dans la vessie pour y rencontrer la sonde, mais est conduit forcément de côté et en arrière; on sent qu'il ne parvient pas dans une cavité où l'on peut le faire mouvoir dans tous les sens, mais qu'il est serré par les parois d'un tube qui le maintiennent dans une position fixe.

2° Si l'on pratique une injection forcée dans la vessie avec de l'eau, de l'air ou un liquide coloré quelconque, ce liquide ne refluera pas par la fistule.

3° Enfin, en même temps qu'il se produit un écoulement continu ou intermittent d'urine par la fistule dans le vagin, la malade conserve le besoin, en même temps que la faculté, de rendre de l'urine par le méat.

Ce dernier symptôme n'a certainement qu'une valeur relative, certaines malades, affectées de fistule vésico-vaginale à trajet étroit et tortueux, possédent encore la faculté de garder une certaine quantité d'urine dans la vessie et de l'expulser volontairement par l'urèthre. Les deux premiers symptômes, résultant d'une constatation physique, semblent, bien au contraire, tout à fait pathognomoniques d'une fistule urétéro-vaginale.

Or, j'ai eu récemment l'occasion d'observer un cas dans lequel

l'exploration à l'aide du stylet et à l'aide des injections colorées m'a complètement induit en erreur et m'a amené à conclure à l'existence d'une fistule vésico-vaginale, alors qu'il s'agissait d'une fistule urétéro-vaginale. Voici les faits :

La nommée Q..., 34 ans, entrée dans mon service à Lariboisière le 8 octobre 1879. Mariée il y a quatre ans, premier accouchement normal et à terme dix-huit mois après. Quinze mois plus tard, nouvelle grossesse terminée par un accouchement pénible, ayant nécessité après huit heures de travail l'application réitérée du forceps. Suites de couches assez graves. La malade garde le lit pendant un mois. Nécessité du cathétérisme pendant les premiers jours; puis après la disparition du gonflement des parties, écoulement involontaire d'urine par le vagin. Cet état dure depuis un an.

Bien qu'il y ait écoulement incessant d'urine par le vagin, la malade affirme qu'elle éprouve encore de temps en temps le besoin d'uriner, et qu'elle y satisfait comme à l'état normal. Santé d'ailleurs bonne. Règles revenues depuis dix mois.

Par l'examen au spéculum de Sims, la malade étant couchée sur les coudes et les genoux, on constate sur le côté gauche de la paroi vésico-vaginale dans l'angle rentrant formé par cette paroi avec la paroi latérale du vagin, à un demi-centimètre environ du col utérin, une petite ouverture de forme allongée, assez profondément enfoncée, qui admet un stylet de trousse et même une sonde cannelée de calibre ordinaire.

L'introduction de l'instrument est assez difficile, mais on parvient à l'avancer de cinq ou six centimètres, et il est évident qu'il pénètre dans la vessie.

D'ailleurs sa pénétration est indiquée par l'issue d'une quantité notable d'urine à travers la fistule.

Une injection de lait ayant été pratiquée à l'aide d'une sonde dans la vessie, on voit ce liquide refluer en abondance par l'ouverture fistuleuse.

Je portai le diagnostic de fistule vésico-vaginale à trajet oblique et très étroit, et j'espérai qu'il serait possible d'obtenir son oblitération par la cautérisation combinée avec la sonde à demeure.

18 octobre. Cautérisation avec le thermo-cautère.

Le 25. L'eschare n'est pas encore tombée complètement. Il semble que tous les points de la fistule n'ont pas été atteints par la cautérisation.

4 novembre. Nouvelle cautérisation très énergique avec le galvanocautère.

Le 18. L'eschare est tombée, l'ouverture fistuleuse paraît notablement agrandie. Aussi pensai-je qu'il serait utile d'en rapprocher les bords par la suture. Trois points de suture métallique sont passés à l'aide d'une aiguille tubulée, et la fistule paraît complètement oblitérée, l'injection forcée de lait ne refluant plus par le vagin; sonde à demeure.

Les premiers jours qui suivirent cette petite opération se passèrent sans accident; cependant la malade affirmait qu'elle perdait encore de l'urine par le vagin.

Vers le sixième jour, il survient des frissons, de la fièvre avec des douleurs vives vers l'abdomen qui commence à se ballonner. En même temps, on constate de la rougeur à la vulve s'étendant vers l'aine gauche et s'accompagnant de gonflement douloureux des ganglions inguinaux.

L'état général va chaque jour en s'aggravant, le ventre devient de plus en plus douloureux et le météorisme augmente, s'accompagnant de vomissements bilieux et de diarrhée; enfin la mort survient le 29 novembre.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Foie graisseux très friable. Dans la capsule il existe plusieurs petits foyers hémorrhagiques. Reins un peu atrophiés, granuleux à la surface, ramollis, graisseux, avec quelques petites hémorrhagies, mais sans apparence de suppuration. Plèvres adhérentes. Poumons fortement congestionnés.

Epanchement sanguinolent dans le péricarde, mais sans lésion de la péricardite. Le cœur droit renferme des caillots mous, noirâtres; la surface interne du cœur et des gros vaisseaux est colorée en rouge sombre.

Examen des organes génito-urinaires. Le vagin étant incisé, on trouve l'ouverture fistuleuse placée à environ 8 millimètres à gauche du col utérin, qui a subi à ce niveau une déchirure dont on reconnaît la cicatrice. Le point de suture supérieur a déchiré les tissus, ce qui explique la persistance de l'écoulement de l'urine par le vagin.

En incisant la vessie, on constate que ses parois sont revenues sur elles-mêmes et que sa capacité est très diminuée. La muqueuse ne présente aucune trace d'inflammation. Mais ce qui nous surprend le plus, c'est qu'il est impossible de découvrir la moindre ouverture anormale.

Examinant alors, par le vagin, l'orifice fistuleux, on constate qu'une sonde introduite par cet orifice pénètre dans une petite cavité anfractueuse capable de recevoir l'extrémité du petit doigt, dont les parois sont formées par du tissu cellulaire épaissi, lardacé; cette cavité répond manifestement à une solution de continuité à peu près complète de l'uretère gauche, car une sonde introduite par l'ouverture vésicale de cet uretère pénètre après un court trajet dans cette cavité anormale, où vient aboutir, d'autre part, le bout supérieur de l'uretère qui parait rétréci à ce niveau. La distance qui séparait l'orifice fistuleux de l'uretère de son abouchement normal dans la vessie était seulement de 6 à 7 millimètres; ce qui explique d'une part la possibilité de faire pénétrer par l'orifice fistuleux un stylet dans la vessie, l'instrument s'engageant dans la petite portion restante de l'uretère, et d'autre part, le reflux du liquide par l'ouverture fistuleuse de l'uretère située presque sur la paroi vésicale.

Nous n'avons pu trouver par l'autopsie, la raison des accidents qui ont entrainé la mort de la malade et qui nous paraissent de nature septicémique.

L'intérêt principal de ce fait réside dans la difficulté du diagnostic, difficulté telle qu'après y avoir réfléchi, je suis encore à trouver un symptôme qui m'aurait permis d'éviter l'erreur dans laquelle je suis tombé.

M. Verneuil demande si l'uretère correspondant était dilaté, si le rein était altéré et s'il y avait albuminurie. Les maladies des reins occasionnent fréquemment la mort. Lorsque les uretères s'ouvrent sur la circonférence de la fistule vésico-vaginale leur orifice est emprisonné dans le tissu inodulaire. Il en résulte une dilatation de l'uretère, une hydronéphrose, et une néphrite dont les opérées meurent.

Quelques observations s'échangent au sujet de la priorité d'emploi des moyens propres à obtenir la *réunion immédiate secondaire* entre MM. Verneuil et Trélat.

M. Duplay repond à M. Verneuil qu'il n'y avait ni dilatation, ni altération du rein correspondant. L'opération n'a pas oblitéré l'uretère, puisque dès le deuxième jour la fistule était rétablie. La septicémie paraît s'être produite sous l'influence du mauvais état des viscères.

(*Séance du 4 février* 1880, *Bull. de la Soc. de chir.*)

M. Terrillon lit un travail sur la cystite survenant au début de la grossesse et paraissant liée à cet état.

M. Terrillon rapporte d'abord les observations qui ont spécialement attiré son attention sur cette question.

La première a pour sujet une jeune femme de 20 ans qui fut atteinte de cystite aux premiers mois de deux grossesses successives.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme enceinte pour la deuxième fois et qui lors de sa première grossesse n'avait pas éprouvé d'accidents semblables.

Enfin dans les deux autres cas, il s'agit de femmes enceintes pour la première fois.

Cette cystite, dit-il, semble ne survenir que vers le troisième ou le quatrième mois de la grossesse. Elle constitue une gêne assez considérable pour les malades sans cependant altérer leur santé, et sans modifier le cours de la grossesse. Cet état physiologique en est-il la cause? La cystite peut-elle se présenter à toutes les époques. Est-elle sous la dépendance d'une autre inflammation des organes génito-urinaires, ou d'une affection générale?

Chez les malades observées, il est impossible de soupçonner aucune contagion. Du reste, à l'hopital de Lourcine où j'ai constaté fréquemment l'uréthrite, la cystite n'existe que très rarement et je ne l'ai pas encore rencontrée. M. Guérin dans son *traité des maladies des organes génitaux extérieurs de la femme*, signale d'une façon spéciale la rareté de la cystite dans ces conditions.

On ne peut penser davantage à une cystite par traumatisme, suite des premières approches, puisqu'elle est survenue à une époque assez éloignée du mariage.

Peut-on supposer qu'il y ait eu dans ces cas une cystite par refroidissement, je ne puis affirmer le contraire; mais cependant l'apparition lente de la maladie, son début insensible pour ainsi dire, diffère du début ordinairement assez rapide de la cystite par refroidissement.

Je crois donc pouvoir affirmer que cette cystite ne peut reconnaître aucune autre cause que l'état de grossesse; et ce n'est pas une simple coïncidence; il y a une relation directe entre l'état nouveau de l'utérus gravide et l'affection vésicale.

Les troubles vésicaux peuvent survenir à deux époques de la grossesse; vers le troisième ou quatrième mois, à la fin du huitième et neuvième mois.

A la fin de la grossesse, le fonctionnement de a vessie peut être troublé d'une façon notable. Capuron dans son *traité des maladies des femmes*, et plusieurs autres auteurs ont décrit ces troubles qui reconnaissent ordinairement pour cause la compression de la vessie. Playfair, dans u n article intéressant intitulé *vessie irritable dans les derniers mois de la grossesse*, a spécialement attiré l'attention sur ce sujet. Pour lui la position vicieuse du fœtus est la cause ordinaire de ces phénomènes d'irritabilité sans cystite proprement dite. Aussi conseille-t-il dans ces cas, de modifier la position du fœtus par des manœuvres extérieures et de le maintenir dans sa nouvelle situation par des appareils appropriés. Il semble avoir ainsi réussi à soulager les malades dans plusieurs cas. Cette affection diffère de la cystite véritable par l'absence de modifications dans la composition de l'urine. Il y a là altération fonctionnelle de l'organe comprimé, mais sans altération anatomique de la muqueuse. Les faits que je viens de citer ne peuvent rentrer dans cette catégorie.

Quant aux troubles vésicaux du début de la grossesse, les auteurs classiques ne les signalent qu'accessoirement. Churchill, (trad. par Wieland et Dubrissay, revue par Leblond p. 97, 2e p. 1874), décrit une affection spéciale qui survient quelquefois dans le cours de certaines maladies, et qui ne s'accompagne d'aucune altération de l'urine. Dans certains cas, cette même irritabilité vésicale se voit aussi au début de la grossesse. Mais dans tous ces cas, l'auteur a soin d'ajouter qu'il s'agit d'un trouble nerveux avec contractions musculaires douloureuses de l'organe, les urines restant normales.

West, dans son *Traité des maladies des femmes*, signale aussi ces troubles de la vessie, mais il est le seul qui ajoute que, dans quelques cas l'urine peut être chargée de phosphate ou même contenir du pus ou du mucus. Mais il ne parle pas de cystite véritable et n'insiste pas sur cette altération de l'urine.

Mais cette irritabilité vésicale n'est pas la seule affection qu'on peut rencontrer au début de la grossesse. Il existe aussi des troubles vésicaux dus à la rétroversion de l'utérus gravide. Compression de la vessie dans le voisinage de son col, phénomènes de rétention, cystite purulente, telle est la succession de ces troubles.

Des exemples intéressants de cette variété ainsi que la discussion relative à l'étiologie et aux suites de cette cystite se trouvent rapportés dans la thèse de M. Laurent Mons (*Cystite dans la grossesse et l'accouchement*, 1877).

M. le professeur Depaul, dans ses leçons de clinique obstétricale (p. 369), a également indiqué ces troubles de la vessie accompagnant la rétroversion de l'utérus. Pour lui la rétroversion serait due dans la plupart des cas à une rétention d'urine de cause inconnue. Pour Mons, cette théorie ne pourrait convenir qu'à certains cas. En effet, il cite des observations dans lesquelles la rétroversion, survenue à la suite d'une chute ou d'un traumatisme du bassin serait certainement primitive.

En résumé, nous voyons que les auteurs qui ont abordé cette question admettent deux variétés distinctes de troubles vésicaux ; tantôt, phénomènes douloureux paraissant retentir sur la vessie par action réflexe de l'affection utérine ; tantôt phénomènes de rétention, puis cystite consécutive quelquefois assez sérieuse tenant à la compression du col vésical.

Les faits que j'ai observés peuvent-ils rentrer dans les variétés que je viens d'indiquer ? Il est évident qu'il ne s'agit pas ici des cas de vessie irritable signalés par Churchill, puisque l'urine était muco-purulente. Chez une de mes malades, la vessie était assez malade pour que j'aie été obligé de faire des injections modificatrices dans sa cavité. Avions-nous affaire à une cystite par compression ? Le toucher vaginal nous montrait une direction normale du col, et les malades n'avaient subi aucun trouble, aucun traumatisme qui auraient pu amener la rétroversion de l'utérus gravide.

Aussi, mettant de côté la compression, vu l'époque de la grossesse, et éliminant aussi à plus forte raison la rétroversion qui n'existe pas dans ces cas, je pencherai vers l'explication vague de troubles de voisinage.

De même que Churchill admet comme d'autres auteurs, que la vessie perd de son influence par voie réflexe à la suite d'une lésion quelconque de l'utérus ou de la grossesse, de même on peut admettre que cette même action peut aller jusqu'à provoquer une congestion ou même une inflammation de la muqueuse. Il se passerait là quelque chose d'analogue quoique plus spécial à cette recrudescence des cystites chroniques, qui accompagne l'apparition des règles, fait signalé par Bernodet sous l'inspiration de son maître Laugier, et indiqué également par West. Les troubles de la circulation des organes du bassin, sous l'influence de la grossesse peuvent donc être mis en cause. Enfin, et poursuivant cette idée, peut-être pourrait-on penser à une cystite due à la dilatation variqueuse des veines de la muqueuse

du col, tels que M. Tillaux en a signalé des exemples et qui reconnaîtrait le même mécanisme que celui qui existe à l'anus, à la vulve et sur les parois du vagin, et donne à cette organe cette apparence violacée qui indique la grossesse. En tout cas, il se passe ici un phénomène de même ordre que celui que je trouve signalé dans la thèse de M. Bernodet (1865), sur le *Catarrhe de la vessie chez la femme réglée*. Sous l'inspiration de Laugier, M. Bernodet montre que certaines maladies de la vessie peuvent être influencées par l'époque menstruelle. La cystite chronique devient plus aiguë à ce moment pour diminuer d'intensité après cette époque. La cystite tuberculeuse semble influencée par les règles.

Je m'arrête ici, après avoir appelé l'attention sur cette variété de cystite du début de grossesse qui doit être assez fréquente, si j'en juge par les faits que j'ai pu rencontrer. A côté des faits d'instabilité vésicale sans altération de l'urine ; à côté des cystites graves ou au moins inquiétantes qui succèdent aux rétroversions, il existe une cystite indépendante, ordinairement bénigne, mais pouvant occasionner des symptômes assez sérieux pour inquiéter les femmes au début de la grossesse.

Sur la demande de M. Després, M. Terrillon répond que les dépôts urinaires examinés au microscope contenaient du pus.

M. Després est frappé du petit nombre d'observations recueillies et s'étonne que l'on rattache la cystite exclusivement à la grossesse. La cystite est très rare chez la femme, car il n'y a pas chez elle de rétrécissement de l'urèthre. Il a vu des cystites chez des femmes qui avaient la gravelle, la phosphaturie, l'albuminurie ou le diabète ; mais la grossesse seule ne peut être cause de l'inflammation de la vessie. La courte durée de la maladie, la bénignité des symptômes mentionnés dans les observations de MM. Terrillon et Monod lui font mettre en doute, dans ces cas, l'existence de la cystite. Ne s'agirait-il pas plutôt d'une uréthrite, la grossesse étant un état physiologique, il n'y aucune raison pour qu'elle devienne la cause d'une maladie, à moins qu'il n'y ait antérieurement une prédisposition spéciale.

M. Guéniot a souvent été consulté pour des troubles de la miction pendant la grossesse. Ces troubles ne sont pas aussi rares que semble le croire M. Després, mais comme ils sont généralement assez légers, les auteurs n'insistent pas sur ce sujet. Le mot de cystite pour désigner ces troubles est peut-être exagéré : il s'agit plutôt d'une irritation que d'une véritable inflammation. La cause de ces accidents

réside dans la pression que l'utérus exerce sur le col de la vessie et dans l'hypérémie qui existe non seulement dans l'utérus, mais dans tout son voisinage. Un écart du régime ou quelques excès vénériens s'ajoutant à ces causes suffit pour développer l'irritation vésicale.

M. Guyon. Il y a pendant la grossesse des cystites très légères qui n'ont pas d'autres causes que celles que M. Guéniot vient d'énoncer, mais il y a aussi des cystites rebelles, graves, durant des années (Mémoire de M. Monod). Ces cystites paraissent avoir pour cause non la grossesse, mais l'accouchement et surtout l'accouchement pénible. Elles produisent des douleurs très vives et un écoulement de sang à la fin de la miction. Une de mes malades n'a pu marcher pendant dix-huit mois, mais ces cystites post puerpérales sont bien différentes des cas observés par M. Terrillon.

M. Le Dentu. La cystite des femmes enceintes est fréquente. Actuellement j'en observe deux exemples et l'une des malades a déjà eu une cystite à une première grossesse. Non-seulement les cystites post puerpérales, mais encore les cystites indépendantes de l'accouchement sont beaucoup plus fréquentes que M. Després ne le dit.

M. Després dit que, lorsqu'il y a cystite pendant la grossesse, c'est qu'il y a antérieurement à la grossesse ou coïncidant avec elle un état capable de produire cette maladie. L'irritation de la vessie que l'on observe chez les jeunes femmes qui abusent du coït n'est pas une maladie ni un accident de la grossesse.

M. Trélat. La question de la fréquence ou de la rareté de la cystite chez la femme n'a pas été traitée et n'est pas facile à connaître. Une femme qui souffre de la vessie et de l'utérus guérit de sa cystite lorsque la maladie utérine n'existe plus. Il est toujours très délicat de savoir ce qu'il faut rapporter, à l'utérus et ce qu'il faut rapporter, à la vessie chez une femme qui a du ténesme, des irritations vésicales et des envies fréquentes d'uriner.

M. Terrillon dit que dans ses observations il a recueilli de l'urine avec la sonde et qu'il y a trouvé du pus au microscope. Il s'agissait donc bien de véritables cystites

(*Séance du 16 mars 1880. Bull. de la Soc. de chir.*)

Dr Chenet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

De l'innervation de la mamelle; par M. DE SINÉTY. — Cette question, encore mal connue et peu explorée, a été étudiée par plusieurs expérimentateurs, Eckart, Cl. Bernard, Rœhrig, Vinckler, récemment par M. Laffont, devant la Société, et enfin par l'auteur de cette communication. Ce dernier fait remarquer que la diversité des résultats, apportés par les observateurs, tient peut-être aux différentes espèces d'animaux qui ont servi à cette étude : Eckart et Rœhrig ont choisi la chèvre, tandis que M. Laffont a pris la chienne. Quant à lui, ses expériences ont porté uniquement sur des cobayes, dont le mamelon ne doit pas être assimilé à celui des carnivores. Il communique notamment cinq expériences dont les conditions ont été variées à dessein. Dans aucun de ces cas, ni la section, ni la résection, ni l'excitation électrique du nerf mammaire entier, ou des bouts nerveux sectionnés, n'ont produit d'effet appréciable sur le mamelon, non plus que sur la quantité du lait sécrété. Quant aux modifications produites sur la pression vasculaire, il n'a pas entrepris de recherches à cet égard. Mais un fait positif a été constaté, c'est que, si l'on vient à éloigner les petits, fut-ce pendant vingt-quatre heures, on trouve une grande quantité de sucre dans l'urine, et que, inversement, ce sucre disparait dès que l'allaitement est repris. Ce phénomène de lactosurie confirme ses études antérieures.

Pour la sécrétion elle-même, M. de Sinéty conclut que, chez le cobaye, les nerfs mammaires sécréteurs ne sont pas contenus dans le gros tronc nerveux qui accompagne les vaisseaux de la mamelle.

Croissance intra-utérine du fœtus de race blanche et de race noire; par M. HAMY. — L'auteur montre à la Société un tableau graphique qui représente dans une perspective d'ensemble la croissance comparée des embryons et des fœtus de race blanche et de race noire.

Sans entrer dans le détail de ces nombres, il suffit de dire que les noirs, mesurés dans sept observations entre quatre et neuf mois, sont constamment beaucoup plus petits que les blancs du même âge.

Loin de vouloir tirer des conclusions générales de ces faits trop peu nombreux, M. Hamy se borne à faire appel aux médecins des colonies qui pourraient fournir rapidement des renseignements nombreux et précis sur cette question.

De la formation des ovules et des vésicules de de Graaf; par M. CADIAT. — L'auteur de cette communication contredit courageusement les théories actuellement admises de Waldeyer et de Pflüger sur la préexistence de l'ovule à l'ovaire et sur la formation des vésicules de de Graaf par la segmentation des tubes de Pflüger.

Les recherches auxquelles il s'est livré sur des embryons de mouton, lui permettent d'affirmer l'inexactitude de ces notions. Il répond nettement que l'épithélium germinatif et l'ovaire même ne renferment pas d'ovules jusqu'à une période avancée du développement; et que l'épithélium de la vésicule de de Graaf a une toute autre origine que celle qui lui est assignée.

Il a constaté que l'épithélium germinatif est formé entièrement de cellules auxquelles on peut donner le nom d'ovoblastes. Ces cellules se multiplient de façon à former des cordons circonscrits par le tissu conjonctif de l'ovaire. A ces cordons on a donné le nom de cordons de Pflüger. Chacun de ces ovoblastes est formé d'un corps cellulaire et d'une paroi épaisse; il formera un ovisac tout entier. L'épithélium de la vésicule de de Graaf résulte d'un bourgeonnement du corps cellulaire de l'ovoblaste se faisant dans la paroi de cet élément, qui va se confondre avec la paroi de l'ovisac.

On voit par là que cette théorie, à coup sûr originale, et tout aussi vraisemblable que les autres, repose essentiellement sur le développement concomitant de l'ovule et de l'ovisac par la transformation de l'épithélium germinatif, seul élément préexistant d'évolution.

(*Séances du 25 octobre 1879 et du 21 février 1880.*)

Dr E. HOTTENIER.

VARIÉTÉS

De l'opération de la pierre chez la femme, par A. OGSTON. — Nous trouvons un résumé de cette opération publié dans les *Arch. gén. de méd.*, (avril 1880) et extrait de *The Edinburgh med. Journ.*, (juillet 1879) que nous croyons intéressant de reproduire.

En suivant la méthode de Simon (d'Heidelberg) pour la dilatation

de l'urèthre chez la femme, on n'a pas à redouter l'incontinence d'urine consécutive, et. d'après la moyenne des résultats obtenus, chez les adultes, l'urèthre ainsi dilaté permet l'introduction de l'index (1 cent. 8 de diamètre, et chez les enfants l'introduction du petit doigt (1 cent. 5). Aussi, dans les cas de pierre dans la vessie, l'opération de la taille dans l'avenir ne sera plus applicable que pour les calculs volumineux et trop durs pour être broyés.

Voici le manuel opératoire tel que le décrit M. Ogston.

La malade est chloroformée et placée dans la position de la taille. On s'assure de nouveau de la présence de la pierre avec la sonde exploratrice, on estime sa grandeur et sa forme par le toucher vaginal combiné avec le palper sus-pubien.

Faisant usage des *spéculums dilatateurs* de Simon, voici comment on procède pour la dilatation du canal : on débride le méat urinaire avec des ciseaux (une incision profonde de 1/2 centimètre à la partie supérieure), trois incisions, chacune de 1/2 centimètre suffisent toutefois, l'une en bas, les deux autres de chaque côté en des points tels que les trois incisions soient équidistantes.

On introduit successivement les spéculums de Simon depuis le n° 1 jusqu'au n° 6 pour les adultes et jusqu'au n° 5 pour les enfants : chaque instrument est introduit et poussé avec lenteur et retiré de suite. Pendant la dilatation, l'urine ne peut s'échapper qu'au gré de l'opérateur en enlevant l'embout qui obture le spéculum.

Le doigt introduit dans la vessie reconnaît le nombre, la forme, les dimensions des calculs. S'ils sont volumineux, on les broye avec le lithotriteur ; s'ils sont petits, on opère de la manière suivante : avec le doigt on place les calculs au niveau du col de la vessie, en arrière de l'extrémité postérieure de l'urèthre dilaté. L'index et le médius de la main gauche introduits dans le vagin, la pulpe regardant en haut, sont appuyés sur le plancher de la vessie et maintiennent aisément les calculs dans la position qu'on leur a donnée : si la dimension des calculs le permet, par une pression modérée, on les fait s'engager un par un dans l'urèthre, et lorsqu'ils apparaissent au méat urinaire, le pouce et l'index de la main droite les saisissent sans le secours d'aucun instrument.

Si les calculs sont trop volumineux, on les broye préalablement, puis réintroduisant le spéculum du plus fort calibre, on vide la vessie et on fait des injections successives d'eau tiède destinées à entraîner les débris. On termine l'opération par un lavage phéniqué à 5 p. 100.

Pendant quelques heures, les malades ont du ténesme vésical et de l'incontinence pendant trois ou quatre jours au plus, après lesquels cesse tout phénomène d'irritation.

Lorsqu'un fil métallique ou un corps étranger de semblable nature constitue le noyau d'un calcul, l'opération est quelque peu modifiée. Ces corps étrangers sont placés transversalement dans la vessie, et, lorsqu'ils ne perforent pas l'organe, leurs extrémités s'implantent dans les parois vésicales, et à ce niveau se forme un point d'induration qui empêche l'infiltration. Souvent aussi une des extrémités s'implante au niveau du col vésical et entraîne ainsi l'incontinence d'urine, symptôme rare dans les cas de calcul ordinaire.

Quoi qu'il en soit, ce n'est habituellement qu'après la dilatation uréthrale, en explorant la vessie avec le doigt, qu'on découvre la nature du calcul et la présence d'un fil métallique allant d'une paroi à l'autre de la vessie. En vain l'on chercherait à en dégager les extrémités et à extraire le calcul par une d'elles. Mieux vaut broyer d'abord la matière calculeuse et puis chercher à accrocher le corps étranger par le milieu. Pour y arriver, l'instrument le meilleur est encore le doigt. Rarement on parvient ainsi à extraire le corps étranger d'une pièce en faisant passer en premier la partie moyenne ainsi courbée. Le plus souvent le fil métallique se rompt avant que l'extraction soit complète. Mais du moins on dégage ses extrémités des parois vésicales, et chaque moitié est ainsi saisie et extraite avec une pince.

M. Ogston rapporte plusieurs succès remarquables dus à cette méthode.

Du coup de froid chez les enfants, clinique de M. le professeur Parrot. — On observe fréquemment chez les enfants, soit en ville, soit à l'hôpital, des accidents qui n'ont rien de particulier en eux-mêmes, mais qui présentent ce caractère commun d'être survenus sous l'influence de ce qu'on peut appeler un coup de froid. Chez eux, en effet, l'influence du froid est considérable et il suffit souvent d'une exposition très courte à un refroidissement pour que les accidents éclatent. Aussi le coup de froid se prend-il aussi bien à l'intérieur des maisons qu'à l'extérieur, et dans l'un comme dans l'autre cas, les symptômes se manifestent à peu près de la même manière. Ceux-ci ordinairement débutent brusquement. Quand il s'agit par exemple d'un enfant de 1 an à dix-huit mois, il survient souvent la nuit sui-

vante une attaque d'angine striduleuse. D'autres fois il y a simplement de la laryngo-trachéite. Enfin il peut se produire encore tous les phénomènes d'une indigestion : des vomissements, de la diarrhée, quelquefois même un état syncopal et cependant rien dans l'alimentation ne peut expliquer de pareils accidents. Si le début est plus lent, on observera plutôt de la fièvre, de l'embarras gastrique et de la diarrhée, une pharyngite ou une amygdalite pultacée, le tout accompagné de coryza, sans que les bronches soient atteintes. Cette réunion de symptômes est due au coup de froid et on ne peut bien en connaître la cause que si l'on est convaincu de l'influence possible du refroidissement.

C'est surtout au point de vue du diagnostic avec d'autres affections que cette étude est importante ; il est souvent, en effet, extrêmement difficile de se prononcer, et on doit dans ce cas toujours penser à la rougeole qui débute à peu près de même. On doit donc chercher alors dans les autres symptômes quelque chose qui puisse venir confirmer cette supposition. Dans tous ces cas d'ailleurs, un précepte absolu pour le médecin est la nécessité d'examiner la gorge absolument comme on tâte le pouls ; c'est le seul moyen d'éviter bien souvent de grossières erreurs.

Le coup de froid peut avoir encore beaucoup d'autres conséquences, mais M. Parrot a voulu insister sur ces accidents rapides de forme assez variable et qui pourraient être attribués facilement à toute autre cause qu'au refroidissement. Pour les éviter, un point fort important dans l'hygiène de l'enfant est qu'il sorte tous les jours, très peu de temps si cela est nécessaire ; mais que cette sortie ne soit jamais omise à moins qu'il n'y ait de la fièvre. De cette manière, il supportera beaucoup mieux le refroidissement. Quant au traitement de ces accidents, il varie avec leur nature, mais d'une façon générale, on doit mettre le malade dans un milieu à température chaude et relever un peu ses forces avec un potion contenant dix grammes d'alcool et un gramme d'esprit de Mindererus.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*, avril 1880.)

Policlinique de chirurgie des femmes du docteur Béraut, rue de Bellechasse, 29. — Le jeudi à 9 heures, consultations auxquelles sont admis les élèves inscrits ; à 11 heures, Leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes.

Concours. — La Société nationale de médecine de Marseille donnera, dans le courant du mois de décembre de l'année 1880, un prix de 800 francs au meilleur mémoire sur une question de médecine ou de chirurgie. La Société serait désireuse de voir traiter par les candidats une question d'électricité médicale.

Les mémoires, accompagnés d'un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur, doivent être adressés avant le 30 septembre, terme de rigueur, à M. le secrétaire de la Société, rue des Beaux-Arts, 3.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Zum anatomischen Beweize für die Erhattung der Cervix in der Schwangenschaft (*De l'état du col pendant la grossesse*) avec une planche, par SANGER (*Arch. f. Gyn.*, XIV, 389).

In Sachen der Eihäute Jüngster menschlicher Eier. Ce travail de Löwe illustré de 4 dessins tend à démontrer que les œufs humains âgés de 2 à 3 semaines consistent en une vessie à double paroi remplie de liquide. La paroi interne en est lisse tandis que la paroi externe porte de petites houppes ramifiées (*Arch. f. Gyn.*, XIV, p. 190).

Ueber die Künstliche Frühgeburt bei hoffnemgsloser Erkranhung der Mutter (*De l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de maladie désespérés de la mère*), par LÉOPOLD (*Arch. f. Gyn.*, XIV, p. 299).

Wägungen der Gewichter und Messungen der Körperlange bei einen Kinde (*Pertes et mensurations du corps toutes les semaines depuis le jour de la naissance jusqu'à deux ans*), par HESSE (*Arch. f. Gyn.*, XIV, p. 491).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

A successful case of intravenous injection of lactopeptone for exhaustion from hemorrhagy from uterine cancer, par le Dr MUNDÉ.

Revue de la clinique de maladies des femmes de la Faculté de médecine de Lyon, pendant le semestre d'été de 1878 (service de M. Laroyenne), par JOANNY RENDU, interne des hôpitaux de Lyon. Brochure gr. in-8. — Masson, éditeur.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'ÉPITHÉLIOMA DU COL UTÉRIN
ET DE SON TRAITEMENT.

Par le Dr **Marion Sims**, médecin de l'hôpital des Femmes de New-York.

Traduit par le Dr A. Lutaud, *médecin-adjoint de Saint-Lazare.*

L'épithélioma du col utérin a été décrit pour la première fois par Clark et Gooch sous le nom d'*excroissance en chou-fleur*.

Nous savons peu de chose sur la première période de cette affection parce qu'elle ne détermine des symptômes caractéristiques que lorsqu'elle est avancée. L'épithélioma du col ne s'observe jamais avant 20 ans, il est rare entre 20 et 30, un peu plus fréquent entre 30 et 40, et c'est entre 40 et 50 qu'il atteint son maximum de fréquence. Il est plus rare chez les célibataires que chez les femmes mariées.

On observe souvent comme premier symptôme un écoulement

sanguin survenant après le coït ou l'emploi d'une seringue vaginale. D'autres fois la menstruation devient profuse et une leucorrhée séreuse éveille l'attention des malades. Dans certains cas la maladie peut se développer et arriver à une période avancée sans que la santé générale ait été sensiblement altérée; parfois même les malades conservent toutes les apparences de la santé et de la vigueur. Comme il n'existe aucune douleur dès le début la patiente croit souvent que les troubles de la menstruation et la leucorrhée sont simplement les indices de l'*âge de retour;* les inquiétudes ne surviennent que lorsque les parents ou les amis s'aperçoivent de l'amaigrissement, de la cachexie ou de l'œdème.

C'est alors que l'on vient demander des conseils au médecin; mais il est trop tard et celui-ci ne peut que constater les ravages d'un mal dont il ne peut plus arrêter les progrès. On nous a appris à croire que l'épithélioma du col était nécessairement mortel. Il y a trente ans, le cautère actuel, préconisé par l'école française, était considéré comme le seul traitement capable d'arrêter la marche de cette affection.

Lorsque l'écraseur fut introduit dans la pratique chirurgicale par Chassaignac, on l'employa pour l'ablation de l'épithélioma du col lorsque la tumeur était suffisamment pédiculée pour être entourée par la chaîne de l'instrument. Mais il arrivait assez souvent que la chaîne s'égarait dans les tissus voisins et faisait des ouvertures dans la vessie ou le péritoine. Un cas de ce genre est arrivé dans ma pratique à l'hôpital des Femmes à New-York, en 1860. J'ai ouvert le péritoine d'une femme qui a survécu fort heureusement aux suites immédiates de l'opération mais qui succomba huit mois plus tard aux progrès du cancer.

On substitua ensuite à l'écraseur le galvano-cautère qui fut introduit dans la pratique chirurgicale par Middledorpff, de Breslau, et immédiatement en Amérique par Noeggerath et Byrne. La première application fut faite par le Dr Noeggerath sur une de nos malades, en 1868. Le col atteint d'épithélioma fut enlevé, la malade guérit et eut trois années de répit avant de succomber aux progrès du mal.

Le Dr Byrne a obtenu de véritables succès avec le galvano-

cautère et l'expérience qu'il a acquise dans cette voie thérapeutique est considérable.

Le Dr Routh (1) et le Dr Winn Williams (2) ont publié d'excellents mémoires sur le traitement du cancer épithélial de l'utérus avec le brome employé comme caustique. C'est en 1867 que le Dr Routh a préconisé ce traitement et plusieurs cas de succès obtenus par cette méthode ont été rapportés.

Il y a vingt ans j'ai pratiqué quelques opérations pour le traitement de l'épithélioma du col utérin, mais les résultats obtenus avaient été si peu satisfaisants que j'avais renoncé à pratiquer aucune opération dans ces cas; mais les observations publiées par Routh, W. Williams, Byrne et Noeggerath m'ont engagé à faire de nouveaux efforts, et je me suis mis à étudier la question en 1868. Je me suis aperçu alors que le galvano-cautère déterminait assez souvent des brûlures de l'urèthre et de la paroi antérieure du vagin et qu'il donnait lieu parfois à des hémorrhagies consécutives. Je me souviens à ce propos d'une de mes malades atteinte d'épithélioma du col et sur laquelle le Dr Byrne voulut bien pratiquer l'amputation. Le col fut amené en avant avec un crochet, le fil de platine passé au point de jonction du col et du vagin et la batterie fonctionna. Le fil pénétra lentement dans les tissus, le col fut amené un peu plus en avant et il fut amputé laissant derrière lui une surface très nette recouverte d'une eschare grisâtre. J'étais très satisfait de l'opération, mais douze heures après, dans le milieu de la nuit suivante, on vint me chercher en toute hâte pour combattre une hémorrhagie abondante qui s'était déclarée pendant le sommeil. Je pus fort heureusement arrêter la perte en appliquant des tampons imbibés de perchlorure de fer. Chez une autre malade l'hémorrhagie se déclara immédiatement après l'opération et je dus également pratiquer le tamponnement.

(1) *On a new mode of treatment of epithelial cancer of the cervix uteri and its cavity*, by C.-H.-F. Routh. (*Trans. of the obst. Society*, 1867.)

(2) *Cases of cancer of the womb successfully treated by bromine*, by Wynn Williams. (*Tran o' the obst. Society*, 1871.)

Dans d'autres cas j'ai vu la batterie cesser de marcher au moment même ou son fonctionnement était le plus nécessaire. En somme, j'ai été si malheureux dans les essais que j'ai faits avec l'électro-cautère que j'ai dû renoncer à l'employer. Je dois dire de suite que je n'ai éprouvé aucun regret à me séparer d'un instrument coûteux, mal commode, d'un entretien difficile, et que je l'ai remplacé par une méthode de traitement qui me paraît infiniment préférable sous tous les rapports.

Les partisans de l'électro-cautère nous avaient donné à espérer que cet instrument nous mettrait à l'abri de la septicémie et de la péritonite, mais l'expérience a démontré que ces prétentions n'étaient pas fondées.

Le succès des opérations destinées à combattre le cancer, qu'elles soient pratiquées sur le col utérin, la mamelle ou sur d'autres organes, dépend surtout de la façon plus ou moins complète dont l'opération est pratiquée. Un grand nombre d'opérations ne réussissent pas parce que l'extirpation du néoplasme n'a pas été complète. L'ablation de la totalité des tissus morbides est donc le but auquel doit viser le chirurgien. Dans la majorité des tumeurs épithéliales du col utérin, l'extirpation complète est impossible avec l'écraseur ou l'électro-cautère. Ces instruments ne permettent d'enlever que la portion infra-vaginale du col et la base ou les racines du néoplasme restent le plus souvent dans la portion supra-vaginale.

La méthode que je propose a pour but d'obtenir l'extirpation complète et non de pratiquer une amputation superficielle du col utérin.

Pendant les années 1869, 1870 et 1871 j'ai pratiqué assez fréquemment l'amputation du col utérin atteint d'épithélioma. Je fermais l'excavation conique du col avec des sutures métalliques et je laissais une petite ouverture centrale pour le drainage (1). Au bout d'une semaine les sutures étaient enlevées et la malade quittait l'hôpital peu de jours après. Les résultats

(1) La première observation que j'ai pratiquée de cette manière remonte à 1859.

néanmoins n'étaient pas satisfaisants, car l'épithélioma ne tardait pas à reparaître et la maladie suivait son cours avec autant de rapidité que si l'on n'avait rien fait pour en arrêter les progrès.

L'empirisme peut parfois contribuer dans une certaine mesure aux progrès de l'art de guérir. J'en ai eu un exemple remarquable il y a quelques années à New-York.

Un célèbre empirique arriva dans cette ville en 1854, et annonça dans la presse qu'il guérissait le cancer. Les malades de la ville et des provinces ne tardèrent pas à affluer chez lui. Il est évident qu'aucun cancéreux ne fut guéri, mais je dois lui rendre cette justice qu'il en a soulagé beaucoup. Cet individu nous montra une vérité que personne n'aurait admise d'une telle source, à savoir : que les résultats obtenus par les caustiques et la production d'eschares sont plus satisfaisants et plus durables que ceux qu'on obtient à l'aide des instruments tranchants. Ce fait n'était certainement pas connu en Amérique avant d'y avoir été démontré par des individus qui, quoique empiriques, avaient une foi réelle dans la supériorité de leur méthode.

Un chirurgien français dont la valeur est au-dessus de toute discussion, M. Maisonneuve, avait dit, il y a bien des années, que le traitement du carcinome donnait de meilleurs résultats avec les caustiques qu'avec le bistouri. Un praticien de New-York, le Dr Newton, prétend également avoir soulagé plus de malades avec l'emploi d'une solution saturée de sulfate de zinc qu'avec les instruments tranchants. J'ai moi-même pu me convaincre que le traitement par les caustiques assez intenses pour produire une eschare était préférable à tous les autres.

Le plan que j'ai adopté pour le traitement de l'épithélioma du col utérin est le suivant : Je résèque tous les produits morbides en pénétrant même dans les tissus du corps de l'utérus, et après avoir fait tout ce qui est possible avec le bistouri et les ciseaux, j'applique sur la surface amputée un caustique assez fort pour déterminer la formation d'une eschare.

Je ne crois pouvoir mieux démontrer la supériorité de cette méthode qu'en rapportant les cas où elle a été appliquée.

OBSERVATION I. — Au mois d'octobre 1873, Mme M..., âgée de 35 ans, mère de quatre enfants, me fut envoyée d'une petite ville des environs de New-York, par son médecin ordinaire. Elle était atteinte d'un épithélioma du col ; elle avait des hémorrhagies abondantes depuis plusieurs mois et avait une leucorrhée séreuse profuse. Elle n'éprouvait aucune douleur et semblait jouir d'une excellente santé.

A l'examen je trouvai la partie supérieure du vagin remplie par une tumeur globuleuse pédiculée sur la lèvre antérieure du col qu'elle entourait complètement. La tumeur avait à peu près le volume d'une orange de Sicile et saignait facilement à la pression. L'utérus était mobile et les parois vaginales n'étaient pas infiltrées.

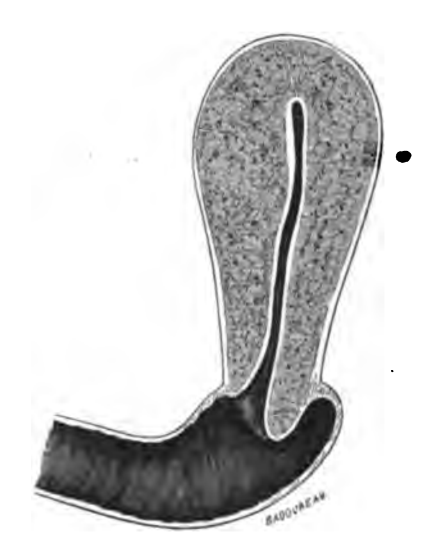


FIGURE 1

Ce cas aurait certainement convenu aux partisans de l'amputation soit par l'écraseur, soit par l'électro-cautère. Quel que soit l'instrument employé, la tumeur aurait été amputée, sans enlever la portion comprise dans la partie supra-vaginale du col. Mais je procédai autrement et guidé par ma propre expérience, je résolus d'enlever dans la mesure du possible tous les tissus atteints par la maladie. Après avoir enlevé la tumeur, je continuai l'opération et j'enlevai avec le bistouri et un ténaculum les tissus morbides qui occupaient la partie supérieure du col utérin.

Dans l'espace de quinze jours l'excavation formée par l'opération se remplit de granulations et au bout de trois semaines la malade put retourner chez elle. Je lui recommandai expressément de se présenter à son médecin ordinaire tous les deux mois afin qu'il fût possible de surveiller les progrès de la maladie et de voir s'il n'y avait pas de récidive. Lorsqu'elle me quitta le col utérin avait l'aspect qui est représenté dans la figure 1. La lèvre antérieure avait été détruite par l'opération ; le vagin et le col formaient en avant une ligne plane et non interrompue ; la lèvre postérieure se projetait normalement dans la cavité vaginale.

Un peu plus tard, la malade me fut de nouveau adressée par son médecin avec un épithélioma récurrent. Elle présentait exactement les mêmes caractères que lors de mon premier examen, mais la tumeur était un peu plus volumineuse et occupait la lèvre postérieure du col utérin. Le néoplasme semblait être la prolongation de la partie postérieure du col, tandis que la précédente tumeur était une prolongation de la lèvre antérieure.

Pratiquée avec l'aide de l'écraseur ou de l'électro-cautère l'opération n'aurait détruit qu'une partie de la tumeur ; mais je ne me contentai pas d'un semblable résultat et j'enlevai avec le bistouri tous les tissus malades. Le col fut ainsi amputé presque totalement jusqu'auprès de l'orifice interne.

La malade n'eut pas de complications inflammatoires et put retourner chez elle complètement guérie au bout de trois semaines.

Le vagin est souvent raccourci par les opérations de ce genre, mais il conserva dans ce cas ses dimensions normales. A l'examen au spéculum on découvrait au lieu du col une petite fissure indiquant la présence de l'orifice.

Je recommandai expressément à la malade de voir son médecin tous les deux mois, afin de surveiller la récidive possible du néoplasme.

Ce n'est que par une vigilance constante que l'on peut dans ces cas atténuer les souffrances et prolonger l'existence. Il est donc nécessaire de soumettre les malades à un examen périodique, et aussitôt qu'on voit apparaître la moindre tuméfaction fongueuse de la détruire par le bistouri, les ciseaux, la curette ou les caustiques.

Pendant les cinq dernières années, Mme M... a été obligée de revenir cinq fois à New-York pour y subir une petite opération. Dans un cas il fut nécessaire d'inciser largement le canal utérin et d'enlever une granulation de la grosseur d'une noisette.

Malgré ces accidents la malade avait joui d'une santé parfaite. Elle n'éprouvait ni douleur, ni émaciation, ni cachexie; elle avait conservé l'appétit et ne présentait aucun signe d'empoisonnement constitutionnel.

Il est néanmoins fort probable, pour ne pas dire certain, que, sans ces opérations, la malade n'aurait pas résisté à la première invasion de la maladie dont la durée ne dépasse guère douze ou dix-huit mois. Le professeur Foxdyce Barker a observé un cas qui a duré douze ans, et j'en ai moi-même observé deux dont la durée a été de dix et de six ans. Il est vrai de dire qu'il n'y eut jamais chez mes deux malades la déperdition résultant des hémorrhagies et des écoulements considérables. Au lieu de ces pertes abondantes de matière granuleuse laissant constamment une plaie ouverte à l'absorption des liquides ichoreux et septiques, j'ai observé une petite induration irrégulière sur laquelle se trouvait une sorte de fissure donnant issue à un liquide séro-purulent peu abondant, et quelquefois teinté de sang. L'ulcération, au lieu de remonter vers l'utérus, descendait vers le vagin. Chaque nouvelle ulcération était suivie de cicatrisation, de sorte que l'utérus était graduellement abaissé par suite de la rétraction cicatricielle qui se produisait dans la partie supérieure du vagin.

Cet organe se trouva ainsi raccourci et il disparut presque complètement, car au bout de quelque temps la fissure qui se trouvait à la place du col utérin n'était plus qu'à deux centimètres de la vulve.

Lorsque des tumeurs fongueuses volumineuses se désagrègent et se gangrènent, et lorsque ce travail d'élimination s'étend jusqu'au corps de l'utérus, l'organisme ne tarde pas à subir l'empoisonnement septique, et les malades meurent rapidement en présentant les symptômes de l'hydropisie. La mort

peut encore survenir à la suite d'une affection intercurrente telle que la péritonite, la pneumonie, etc. Mathews Duncan a dit avec raison : « que les principales causes de la mort dans le cancer étaient la péritonite, l'urémie, la septicémie, la pyohémie et les complications qui résultent des maladies des veines et des viscères importants. »

Pour la méthode opératoire que je propose dans l'épithélioma du col, il suffit d'un spéculum de Sims, d'un bistouri, d'une paire de ciseaux courbes de grandeur moyenne, un ténaculum, des pinces hémostatiques et du coton styptique.

Les hémorrhagies ont toujours été le grand écueil de la chirurgie utérine. Avant que Chassaignac ait fait connaître l'écraseur, on employait généralement la ligature pour enlever les simples polypes de l'utérus. Mais l'expérience acquise par Robert Lee et plusieurs autres chirurgiens de cette époque témoigne combien cette pratique était dangereuse, car les malades succombaient fréquemment à la septicémie résultant de l'absorption de matières putrides avant que la tumeur ait été éliminée.

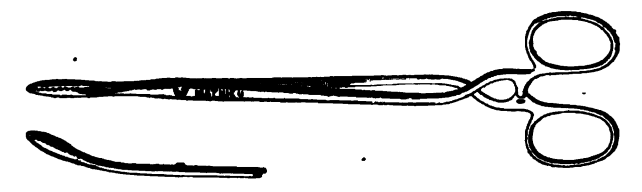


FIGURE 2.

Les accidents de ce genre n'arrivent plus aujourd'hui : les chirurgiens qui redoutent l'hémorrhagie emploient l'écraseur ou le galvano-cautère ; d'autres pratiquent l'ablation du polype avec les ciseaux et arrêtent l'hémorrhagie avec du coton styptique et la pince hémostatique.

En prenant les précautions nécessaires et en ayant à sa disposition tous les moyens hémostatiques dont dispose actuellement la chirurgie, on peut dire que l'ablation de l'épithélioma

du col peut être faite sans craindre des hémorrhagies graves. Lorsque la tumeur présente une certaine consistance on peut dire que ce danger est à peu près nul; si l'épithélioma est étendu et sessile, il doit être enlevé avec la curette et dès lors l'hémorragie ne peut être évitée.

Dans les cas où la tumeur épithéliale est molle, sessile et mal limitée, ni l'écraseur, ni le galvano-cautère ne sont applicables et il ne reste d'autre ressource que la curette. Mais l'hémorrhagie qui résulte de l'emploi de cet instrument n'est jamais dangereuse quelle que soit son intensité si le chirurgien est prévenu et qu'il dispose des moyens nécessaires pour l'arrêter.

Pour donner une idée du procédé opératoire, je supposerai que le chirurgien se trouve en présence d'un cas analogue à celui qui est représenté dans la figure 5.

La malade, préparée et éthérisée, est placée sur la table d'opération dans lademi-pronation latérale. Après avoir appliqué le spéculum de Sims, le chirurgien saisit la tumeur qu'il attire en bas et maintient fermement. On procède alors de différentes manières selon la nature de l'épithélioma. Si la tumeur est molle, aplatie et peu saillante, il faut se servir de la curette; si, au contraire, ellea de la consistante on se servira des ciseaux, dans ce dernier cas l'hémorrhagie sera peu abondante, et il suffira d'un aide constamment employé à éponger pour débarrasser le vagin du sang résultant de l'opération. Si l'artère circulaire est coupée on la saisit avec une pince hémostatique qui pend dans le vagin pendant que le chirurgien continue son opération. Il est parfois nécessaire d'appliquer deux pinces hémostatiques rarement trois, ce procédé est suffisant pour arrêter l'hémorrhagie, et il est rare de voir les artères saigner de nouveau lorsqu'on a retiré les pinces.

Une fois la tumeur enlevée il ne faut pas considérer l'opération comme terminée. Après avoir bien épongé le vagin et la plaie, le chirurgien introduit le doigt et recherche avec le plus grand soin s'il ne reste pas quelques noyaux d'induration. Ceux-ci peuvent avoir différentes dimensions, depuis celle d'un

grain d'orge jusqu'au volume du petit doigt. Ces indurations doivent être excisées jusqu'à ce qu'il n'en existe plus et que l'utérus présente au toucher la sensation de mollesse et d'élasticité qui lui est caractéristique. Pour cela il est nécessaire de saisir l'utérus avec un ténaculum et de l'approcher autant que possible de la vulve. On pourra pratiquer l'excision avec le bistouri ou mieux encore avec l'hystérotome que j'ai proposé.

Lorsque le chirurgien a acquis la certitude que tous les tissus morbides ont été enlevés, il coupe avec des ciseaux les bords de la plaie caverneuse afin de mettre en communication les parois vaginales avec ce qui reste du col utérin. La portion intra-vaginale du col est du reste en grande partie détruite, soit par le fait de l'existence de l'épithélioma, soit de l'opération elle-même. On enlève ensuite les pinces hémostatiques, s'il avait été nécessaire d'en placer, on éponge rapidement la cavité vaginale et on pratique immédiatement le tamponnement avec du coton styptique. Ce coton s'obtient en imbibant de la ouate dans du perchlorure de fer ou dans une solution saturée d'alun ; on emploie à cet effet un mélange de deux parties d'eau pour une partie de perchlorure. Chaque tampon de coton doit être bien exprimé avant d'être employé; on tamponne d'abord l'excavation produite sur l'utérus par l'ablation de la tumeur, puis on applique successivement des tampons dans les deux tiers supérieurs du vagin ; le reste de la cavité vaginale doit être rempli avec du coton simplement imbibé par une solution phéniquée.

La malade ne doit pas quitter la table d'opération aussi longtemps qu'il existe le plus petit écoulement sanguin. Si le sang apparaît à la vulve, il faut recommencer le tamponnement jusqu'à ce qu'on soit assuré qu'il n'existe plus aucune crainte d'hémorrhagie.

Si l'on préfère employer l'alun comme hémostatique, voici la préparation que je conseille : on prépare une solution phéniquée au 40e, puis on la sature avec de l'alun pulvérisé. Lorsque le coton a été imbibé de ce liquide on l'exprime bien et on le place dans une bouteille bien bouchée où on peut le conserver.

Lorsque l'opération est terminée on replace la malade sur son

lit. Il est presque toujours nécessaire d'administrer un lavement laxatif et de vider la vessie avec un cathéter pendant les quelques heures qui suivent. Au bout d'une demi-journée on enlèvera une partie du tamponnement dans la partie inférieure du vagin, afin de diminuer la pression exercée sur la vessie et d'atténuer les douleurs que les malades éprouvent dans la région lombaire.

On peut encore enlever une partie du tamponnement le jour suivant, mais on ne doit jamais enlever le coton qui remplit la partie supérieure du vagin et surtout celui qui est appliqué contre le col avant le quatrième jour qui suit l'opération. Lorsque le premier tamponnement est entièrement enlevé, il faut remplir l'excavation conique du col *utérin*, c'est-à-dire le véritable siège de l'excroissance épithéliale avec des tampons d'ouate imbibés d'nne solution de chlorure de zinc. Le chlorure de zinc est soluble dans son poids d'eau distillée, mais j'emploie habituellement la solution suivante:

R. Chlorure de zinc........	15 grammes.
Eau distillée...........	30 —

Le coton bien imbibé de cette solution doit être exprimé et presque desséché avant d'être employé; on en prend ensuite de très petits fragments de la grosseur d'une amande et on remplit la cavité conique du col presque au niveau du vagin. On pratique ensuite le tamponnement du vagin avec de la ouate imbibée d'une solution saturée de bicarbonate de soude.

L'application du chlorure de zinc détermine une douleur intense qu'il faut combattre par l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées.

Si le coton imbibé de chlorure de zinc n'était pas bien exprimé, l'excédant du liquide coulerait sur les parois vaginales où il produirait une action inflammatoire plus ou moins vive; il est donc indispensable de bien exprimer les tampons avant de les appliquer sur le col utérin.

Il importe donc de trouver une substance qui neutralise les effets du chlorure de zinc sur les tissus du vagin. Cette sub-

stance ne donne pas lieu à des désordres graves et permanents, mais elle détermine une certaine irritation qui se transmet à la vessie où elle donne lieu à du ténesme et à de fréquentes mictu-ritions.

Le coton qui retient en place le chlorure peut être retiré en partie le jour suivant, et le reste deux ou trois jours plus tard; mais le tampon intra-utérin ne doit être retiré que le cinquième jour qui suit l'opération. Pour cela il est préférable de placer la malade dans la démi-pronation latérale et d'introduire un petit spéculum de Sims. Les parois vaginales sont tellement irritées par l'action du chlorure de zinc qu'il est impossible d'introduire un spéculum ordinaire sans provoquer de vives douleurs.

Lorsque le col est découvert on peut retirer le tampon intro-duit dans sa cavité, mais à la condition qu'il ne soit pas adhé-rent; s'il présente la moindre résistance et ne se détache pas fa-cilement il est préférable d'attendre quelques jours de plus. En agissant ainsi on est beaucoup plus sûr d'éviter toute hémor-rhagie.

Une fois ce tampon enlevé, on est en présence d'une cavité conique tapissée par une eschare qu'on peut détacher en une seule pièce ou par fragments. Cette eschare présente une colo-ration grisâtre foncée ; elle a une surface lisse et une épaisseur d'environ deux millimètres. Une fois enlevée elle laisse aperce-voir une plaie couverte de bourgeons charnus et dont la cica-trisation s'opère dans l'espace de dix ou quinze jours pendant lesquels il est utile de faire des injections d'eau phéniquée.

On voit d'après ce qui précède que le traitement actif qui suit l'opération dure une dizaine de jours et que la cicatrisation de-mande environ quinze jours de plus. Le traitement se divise donc en deux périodes : dans la première le chirurgien extirpe la totalité des tissus morbides ; dans la seconde, il remplit la cavité résultant de l'extirpation avec du coton styptique et tam-ponne le vagin pour maintenir en place le premier pansement. L'application préalable d'un tampon styptique dans la cavité du col n'a d'autre but que d'empêcher l'hémorrhagie ; si la plaie résultant de l'opération pouvait être immédiatement étanchée.

il n'y aurait pas d'inconvénient à appliquer immédiatement le caustique, mais cela est rarement possible. Il est donc préférable de bien arrêter l'hémorrhagie et de ne pas trop se hâter de retirer le tampon, afin d'éviter toute hémorrhagie nouvelle qui ne pourrait que retarder l'application du caustique.


FIG. 3 FIG. 4

Pour retirer les tampons j'introduis un doigt dans le vagin et je me sers ensuite de l'instrument en forme de tire-bouchon, représenté dans la fig. 4.

Les Drs Routh et Wynn Williams ont préconisé le brome comme substitutif du chlorure de zinc. J'ai également employé cet agent qui m'a paru aussi efficace, mais comme il affecte péniblement le nez et les yeux de l'opérateur, je suis revenu au chlorure de zinc dont l'application est plus facile et dont les résultats sont aussi avantageux.

On emploie le brome dans une solution alcoolique au seizième, d'après Routh, au cinquième d'après Wynn Williams. Une fois humecté dans cette solution le tampon d'ouate est placé sur le point ou l'on veut produire l'eschare. Le vagin est ensuite tamponné avec de la ouate imbibée d'une solution de bicarbonate de soude destinée à neutraliser les effets du brome sur les parois du vagin.

Sir James Simpson employait l'acide sulfurique dans le traitement de l'épithélioma du col utérin, mais je ne crois pas que ce procédé lui ait donné de bons résultats.

Le Dr Newton, de New-York, a proposé le sulfate de zinc qu'il considérait comme le meilleur des caustiques dans les tumeurs

cancéreuses, quelle que soit leur variété. Cet agent occasionne des douleurs aussi vives que le chlorure de zinc, mais je ne l'ai pas employé assez souvent pour bien comparer son efficacité. Je dois dire, du reste, que j'ai été tellement satisfait des résultats obtenus avec le chlorure, que j'ai consacré peu de temps à l'étude des autres caustiques.

Quel que soit du reste le caustique employé : brome, chlorure de zinc ou sulfate de zinc, il faut toujours recourir préalablement aux mesures opératoires et enlever tous les tissus morbides avec le bistouri, les ciseaux et la curette avant d'appliquer le caustique.

C'est Maisonneuve qui, sans être le premier introducteur du chlorure de zinc dans le traitement du cancer, a le plus contribué à en généraliser l'emploi. Demarquay a également préconisé cette substance et il n'employait pas d'autre caustique dans le cancer de l'utérus. Maisonneuve emploie des espèces de *mèches* faites avec un mélange de chlorure de zinc et de farine et assez résistantes pour pouvoir pénétrer dans les tissus qu'on veut détruire. Ce chirurgien a une telle confiance dans ce procédé qu'il a complètement renoncé à pratiquer l'amputation des seins carcinomateux et qu'il se contente de faire des scarifications dans lesquelles il introduit ses mèches. Il en résulte habituellement une douleur assez intense mais qui est rendue supportable grâce à l'emploi de la morphine par la méthode hypodermique. Il est indispensable d'employer les narcotiques à dose élevée par cette méthode. Quelques jours après l'application de la pâte chlorurée il se détache une eschare de la grosseur du poing et l'on aperçoit une plaie profonde qui ne tarde pas à se couvrir de bourgeons charnus et à se cicatriser. Maisonneuve affirme que les résultats obtenus par cette méthode sont de beaucoup supérieurs à ceux que donne le bistouri, même lorsqu'il y a réunion par première intention.



Fig. 5

Voici une observation dans laquelle cette méthode de traitement a été appliquée avec succès.

Obs. II. — En 1874, Mme E..., âgée de 40 ans, mère de plusieurs enfants et ayant toujours joui d'une bonne santé, eut des pertes assez abondantes au moment de ses règles. Elle n'y attachait pas beaucoup d'importance et pensait approcher de la ménopause lorsqu'elle éprouva entre chaque époque menstruelle des pertes leucorrhéiques abondantes.

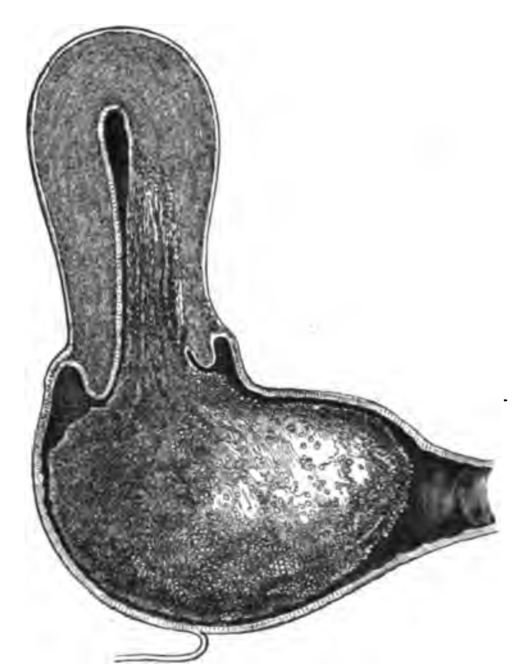


Figure 6

Comme ces écoulements successifs de sérosité et de sang altéraient sa santé générale et l'affaiblissaient graduellement elle se décida à consulter un médecin. Celui-ci diagnostiqua une tumeur cancéreuse trop avancée pour être opérée et pouvant déterminer la mort dans l'espace de dix ou douze mois. Il ne proposa donc aucun traitement curatif et ajouta même que s'il se rencontrait un chirurgien assez hardi

pour enlever cette tumeur, elle courrait le risque de succomber immédiatement à l'hémorrhagie.

Ce langage n'avait rien de rassurant pour la famille de la malade qui était du reste absolument découragée lorsqu'elle me fut amenée.

Je trouvai le vagin rempli par une tumeur du volume d'une grosse orange qui saignait abondamment au plus léger attouchement. Elle était si volumineuse qu'il était difficile de reconnaître avec précision ses rapports et ses points de fixité. Elle semblait prendre naissance sur la lèvre antérieure du col, mais il me fut impossible de déterminer si elle avait également envahi la lèvre postérieure.

Je fus néanmoins d'accord avec le médecin traitant sur la gravité du mal, mais je différais avec lui en ce qui concerne la possibilité d'une opération. Je proposai donc d'enlever la tumeur en expliquant à la malade la nature de l'opération qu'elle allait subir et en lui assurant qu'elle ne courait aucun risque de mourir pendant le cours de mon intervention chirurgicale.

L'opération fut pratiquée en mai 1874, en présence et avec l'assistance des Drs Harry Sims, Nicoll, Metcalf et W. Walker.

La malade, préalablement éthérisée, fut placée dans la demi-pronation latérale et un spéculum de Sims, d'un fort calibre, fut introduit. La tumeur fortement saisie avec des pinces fut amenée un peu en avant et sa portion friable fut rapidement enlevée avec la curette; les parties plus résistantes furent sectionnées avec des ciseaux jusqu'au niveau de l'orifice du col. C'est alors qu'il fut possible de constater que la lèvre postérieure était intacte et que la tumeur s'était développée entièrement sur la lèvre antérieure du col. Les insertions ou pour mieux dire les racines de la tumeur furent enlevées avec le plus grand soin, et il fallut pour cela enlever la lèvre tout entière jusqu'au niveau de l'orifice interne.

Le traitement fut ensuite continué d'après la méthode que nous avons décrite plus haut.

L'hémorrhagie fut arrêtée avec des tampons de coton styptique au perchlorure de fer, maintenus en place pendant cinq jours; après le tamponnement la cavité de la plaie fut remplie avec du coton chloruré qu'on laissa également appliqué pendant cinq jours. Une fois le caustique enlevé la cicatrisation s'opéra rapidement et des injections phéniquées furent pratiquées régulièrement deux fois par jour.

Mme E... est venue me voir régulièrement tous les deux mois depuis l'époque de l'opération. Cinq années se sont écoulées depuis

et en examinant aujourd'hui le col utérin il serait difficile de reconnaître qu'il a été le siège d'une opération. La figure 6 montre le volume relatif de la tumeur et son point d'insertion sur la lèvre antérieure du col par un pédicule long et étroit. Ce pédicule a été excisé entièrement et il est probable que si l'on s'était borné à une simple amputation, le résultat n'aurait pas été aussi avantageux.

L'épithélioma s'attaque parfois aux parois même du vagin en laissant intact le col utérin. J'ai observé plusieurs cas de ce genre. En voici un exemple :

Obs. III. — Au mois de juin 1876, Mme A... vient me consulter en me disant que son médecin lui avait annoncé l'existence d'une maladie grave des organes génitaux. Elle était âgée d'environ 45 ans, mère de plusieurs enfants et avait joui jusqu'à cette époque d'une assez bonne santé. Pendant ces derniers mois elle avait éprouvé de la douleur pendant le coït qui était presque toujours suivi d'hémorrha-

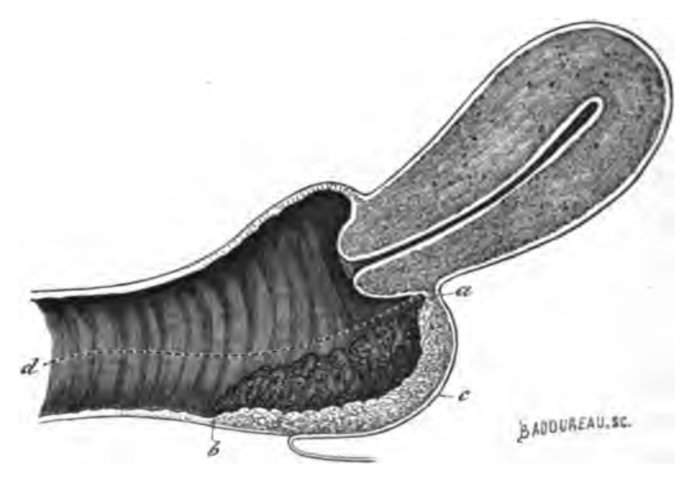


Figure 7

gies ; elle déclinait maintenant rapidement sous l'influence de pertes considérables et n'avait plus ni forces ni appétit. Elle présentait l'aspect cachectique caractéristique et avait le moral très affecté.

Toute la paroi supérieure du vagin, à partir du col, était tapissée

d'une épaisse couche de granulations épithéliales occupant environ une surface de cinq centimètres carrés. La fig. 7 montre la longueur de l'excroissance épithéliale qui occupait le tiers supérieur de la paroi vaginale postérieure.

Comme j'étais à la veille de partir pour l'Europe je confiai le cas à mon fils, le Dr Harry Sims. La malade fut éthérisée et placée dans la semi-pronation latérale. Une fois le spéculum de Sims introduit l'opérateur enleva tous les produits morbides avec la curette jusqu'à ce que le vagin présentât l'aspect d'un tissu normal. Le son tympanique qu'on percevait avec la curette montre combien l'instrument était rapproché du canal intestinal.

Une fois les tissus morbides enlevés, on plaça du coton styptique pour arrêter l'hémorrhagie et le chlorure de zinc fut appliqué quatre jours plus tard. Cinq jours après il fut enlevé et une eschare de la largeur de la paume de la main se détacha pour faire place à une plaie de bonne apparence, qui se cicatrisa rapidement sous l'influence d'injections phéniquées pratiquées deux fois par jour.

On pourrait supposer que l'application d'un caustique dans une région si rapprochée du péritoine pourrait faire courir quelques dangers. Mais il se forme généralement avec l'emploi du chlorure de zinc une sorte de dépôt fibrineux qui protège le péritoine. Quoi qu'il en soit, j'ai appliqué très souvent des caustiques dans cette région et je n'ai jamais observé le moindre accident inflammatoire du côté du péritoine.

Dans l'observation que je viens de rapporter la cautérisation a nécessairement raccourci la paroi postérieure du vagin. En effet, la malade examinée dans la demi-pronation latérale avec le spéculum de Sims, présente un vagin rétréci, ce qui tient au raccourcissement considérable d'une de ses parois.

Six mois après l'opération cette malade a été revue par le Dr Harry Sims. Elle presentait sur le vagin, à l'union de la paroi antérieure et de la paroi postérieure, deux petits nodules de nature douteuse qui furent de nouveau enlevés avec la curette et cautérisés avec le chlorure de zinc. La malade fut ensuite soumise au traitement arsenical (liqueur de Fowler), suivant le précepte indiqué par les Drs Washington Atlee et Lewis Sayre,

qui attribuent à ce médicament une action salutaire dans la diathèse carcinomateuse. J'ai eu récemment des nouvelles de la malade; elle n'avait pas eu de récidive et se portait très bien. Pendant combien de temps cette femme restera-t-elle indemne? Je ne puis le dire, mais il est certain que l'opération pratiquée par le Dr Harry Sims a prolongé une existence utile. Cette observation est également favorable à l'emploi de l'arsenic; d'après quelques faits que j'ai observés pendant ces dernières années, je ne serais pas éloigné d'admettre l'action salutaire de l'arsenic dans le traitement de la diathèse carcinomateuse. Comme l'emploi de ce médicament à doses modérées ne peut avoir aucune action nuisible sur les fonctions digestives, je recommanderai de le donner à la suite du traitement chirurgical.

Obs. IV. — Mme G..., âgée d'environ 41 ans, se plaignait d'un écoulement vaginal abondant en 1845 et se décida à consulter un habile chirurgien de mes amis qui diagnostiqua un épithélioma volumineux siégeant sur le col utérin. Le museau de tanche était entièrement entouré par la masse morbide. L'amputation du col fut pratiquée presque au niveau de la jonction vaginale au mois de juin 1875. Au mois de janvier 1876 le chirurgien qui avait pratiqué l'opération m'adressa la malade, c'était une femme grande, forte et bien constituée, mais très nerveuse et ayant une grande appréhension de toute opération chirurgicale.

A l'examen je trouvai l'utérus mobile, le corps légèrement hypertrophié et le col très volumineux. Celui-ci avait environ cinq centimètres de diamètre et s'avançait de près de trois centimètres dans le vagin. Il avait un aspect rugueux, était très friable au point de permettre de détacher des fragments avec l'ongle, mais il ne saignait pas.

La figure 8 représente le volume relatif et la forme du col; il eut été très facile de pratiquer l'amputation en suivant la ligne ponctuée *a* avec l'écraseur ou l'électro-cautère; mais ce procédé n'aurait certainement pas permis d'extirper tous les tissus morbides.

Pour l'opération la malade fut placée dans la position ordinaire et la portion intra-vaginale du néoplasme fut enlevée avec la curette. J'employai ensuite les ciseaux pour enlever les tissus morbides jusqu'au

niveau de la ligne ponctuée *d e* (fig. 8) ; puis je terminai l'excavation avec l'utérotome jusqu'au niveau de l'orifice interne (ligne ponctuée *b c*). J'introduisit ensuite le doigt pour recherche la présence des indurations morbides qui étaient saisies avec un ténaculum et sectionnées avec des ciseaux. Ce temps de l'opération est toujours long et ennuyeux, car il est nécessaire de rechercher avec le plus grand soin les plus minimes traces de tissu morbide. Dans ce cas particulier il me fallut enlever la presque totalité du col jusqu'à l'orifice interne.



FIGURE 8

La malade fut ensuite traitée par le procédé que nous avons indiqué précédemment ; après avoir appliqué du coton styptique pour prévenir l'hémorrhagie on employa le chlorure de zinc. Il fallut dans ce cas appliquer une pince hémostatique sur une artère qui saignait abondamment, probablement la circulaire.

Un mois après l'opération la profondeur de l'utérus n'était plus que de quatre centimètres tandis qu'avant elle était de sept centimètres. Six mois plus tard on apercevait sur la partie antérieure du col utérin des granulations épithéliales qui furent enlevées avec la curette et traitées ensuite par le chlorure de zinc. On fut encore obligé de répéter la même opération neuf mois après pour détruire des granulations dont le caractère épithélial n'était pas douteux. Aussitôt après

la première opération la malade avait été soumise à un traitement interne par la solution de chlorophosphite d'arsenic de Routh; mais je considère ce médicament comme bien inférieur à la liqueur de Fowler.

(*A suivre.*)

DE L'ERGOTINE

SES INCONVÉNIENTS, SES DANGERS. (1)

Par le Dr Boissarie (de Sarlat),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Depuis quelques années, l'ergot de seigle et surtout l'ergotine tendent à prendre une plus grande place dans la thérapeutique.

Le champ de leurs applications s'étend chaque jour davantage; ce n'est pas seulement dans les affections utérines, dans les fibroïdes, mais encore dans les hémorrhagies, les hémoptysies et les anévrysmes, dans le prolapsus du rectum, l'incontinence d'urine, dans la fièvre thyphoïde, dans l'albuminurie, etc., que ce médicament est administré soit par l'estomac, soit par la méthode endermique.

C'est certainement un agent énergique que tout médecin manie sans crainte, souvent avec succès et qui multipliant nos ressources nous procure des modifications rapides, parfois inespérées.

Arnal, il y a déjà longtemps, l'administrait pendant des mois entiers, à la dose de 1 gramme par jour, dans les affections utérines et n'observait pas d'accidents.

Nildelhand, depuis 1872, emploie l'ergotine en injections sous-cutanées; pendant 120 jours consécutifs, dans quelques cas, à la dose de 0,20 centigr. par jour.

Sa méthode s'est répandue en Allemagne, en Angleterre, en Amérique, en France. Ces essais ont donné des résultats divers, mais jamais n'ont entraîné d'accidents graves.

M. Guyot a donné le seigle ergoté pendant neuf semaines à

(1) Note lue à la Société de chirurgie, séance du 6 avril 1880.

la dose de 2 et 3 grammes par jour et n'a observé aucune complication.

Nous n'en finirions pas si nous voulions citer tous les médecins qui, dans ces derniers temps, ont employé l'ergotine sous des formes diverses, et n'ont eu qu'à se louer de son emploi.

Cependant chaque médaille a son revers et l'ergotine doit avoir le sien. Un si puissant agent ne peut entrer dans la pratique générale, ne peut s'appliquer à tant d'affections différentes, sans apporter avec lui, avec ses bienfaits, ses inconvénients et ses dangers.

Dans ces essais, chaque jour renouvelés, n'avons-nous pas toutes les données du problème posé par Trousseau ?

« Qu'on administre, dit-il, l'ergot de seigle à dose modérée,
« vous avez des frissons, des douleurs contusives, de la fièvre.
« Augmentez la dose, vous pourrez produire des accidents
« cérébraux. Allez plus loin vous avez des phlegmasies diverses.
« Plus loin, encore ces phlegmasies deviendront gangréneuses.
« Voulez-vous observer la gangrène d'emblée? ne ménagez pas
« le poison ou donnez-le longtemps en quantité moindre. »

Ces effets physiologiques sont-ils constants? Dans quelles conditions et à quelles doses peuvent-ils se produire? Le moment est certainement favorable pour répondre à ces diverses questions.

Le 27 février dernier, M. Debove communiquait à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'une jeune femme de 25 ans, albuminurique, atteinte d'une gangrène des extrémités; deux mois avant l'apparition de la gangrène cette malade avait été soumise pour sa néphrite à un traitement par l'ergot de seigle, traitement qu'elle avait continué pendant un mois à la dose de 20 centigr. par jour.

L'intervalle d'un mois entre la cessation du traitement et l'apparition des accidents, ajoute l'auteur, rend inadmissible toute relation étiologique entre l'ingestion de l'ergot et la production de la gangrène. Cependant M. Debove ne connaît pas dans la science de faits analogues. Il n'y a pas, dit-il, d'exem-

ple de gangrène des extrémités survenue dans l'albuminurie. Dans la discussion qui suit l'exposé de ce fait, M. Dujardin-Beaumetz dit qu'il ne croit pas qu'on puisse donner impunément le seigle ergoté; pour sa part, expérimentant le traitement de Hayem, il a donné à un malade atteint de fièvre typhoïde 1 gramme de seigle par jour pendant un mois, et a constaté un commencement de gangrène des extrémités.

Mais ces deux exemples peuvent être récusés, ou mis en doute, car nous sommes en présence de deux affections graves par elles-mêmes, la fièvre typhoïde et l'albuminurie, il faut faire la part de la maladie et du traitement, tenir compte de ces deux facteurs pour rattacher les complications secondaires à leur véritable cause.

Le fait que nous allons citer est dégagé de toute donnée étrangère. Il est par là même plus net, plus précis, plus démonstratif. Un enfant de 13 ans, d'une bonne santé générale, est atteint d'incontinence d'urine; l'incontinence se produit le jour aussi bien que la nuit et entraîne les plus grands inconvénients, plusieurs médications ont été jusqu'à ce jour inutilement employées.

Nous essayons l'ergotine, l'enfant refuse les injections sous-cutanées; nous lui donnons alors à prendre chaque jour environ 0,20 centigr. d'ergotine. Ce traitement semble d'abord produire des effets merveilleux, l'incontinence cesse pendant quelques jours, le petit malade nous dit même qu'il éprouve quelques difficultés lorsqu'il veut uriner, tant est surexcitée la contractilité du col de la vessie; mais peu de temps après l'infirmité se produit de nouveau et l'ergotine semble avoir épuisé son heureuse influence.

Nous continuons pendant deux mois environ l'ergotine aux mêmes doses, mais toujours sans obtenir de résultat utile.

Le traitement est suspendu vers le 20 février; pendant toute sa durée l'enfant n'a ressenti ni troubles, ni malaises d'aucune sorte, il suit régulièrement ses cours au collège, il a le même entrain, la même gaieté. Le 2 mars en revenant de classe il se plaint d'une douleur au côté gauche, d'un malaise général, il

est abattu, a de la fièvre, le lendemain le pouls est à 110, la douleur de côté persiste; en arrière on entend du râle crépitaux par bouffées; un vésicatoire est appliqué, la journée se passe sans accidents. Le 4 mars au matin, la mère nous dit que les crachats sont d'une fétidité extrême, et elle nous montre dans une cuvette une grande quantité de crachats épais, grisâtres, rejetés avec des efforts de vomissements très pénibles. Ainsi il y a trente heures à peine que l'enfant est malade et déjà la gangrène est déclarée, à partir de ce moment tous les signes du sphacèle du poumon se confirment, et les accidents précipitent leur marche.

Le 6, l'état du malade s'aggrave sensiblement, le pouls monte à 130, les sueurs sont profuses, la physionomie altérée; il y a de la diarrhée, des râles muqueux et sibilants gagnent l'autre poumon, la lésion primitive s'étend en surface, les crachats sont toujours abondants et fétides; la température s'élève à 40°. Nous donnons la quinine, l'opium, l'alcool, un second vésicatoire est appliqué.

Du 7 au 10, il y a une détente sensible, l'expectoration conserve le même caractère, mais le malade mange, semble se ranimer, le poumon droit se dégage entièrement.

Le 10, le sang paraît dans les crachats en assez grande abondance; le soir la température et le pouls s'élèvent, le malaise est très prononcé, le poumon gauche se prend dans toute son étendue.

Le lendemain on entend du gargouillement et du souffle caverneux et les phénomènes cavitaires se dessinent.

Le 13 et le 14 l'hémorrhagie augmente, le malade prend encore des potages, mais l'adynamie se prononce de plus en plus.

Le 15, à 9 heures du matin, le petit malade rend une demi-cuvette de sang pur et coagulé, le même accident se produit à 4 heures et à 6 heures, et à 10 heures du soir il meurt littéralement étouffé par les caillots qui obstruent la bouche et toutes les voies respiratoires, par le sang qui s'écoule à flots et qu'il ne peut rejeter:

Nous ne reproduisons que les traits principaux de cette ob-

servation que nous avons recueillie dans tous ses détails. Mais nous ne voulons pour le moment que faire ressortir sa physionomie générale. D'après la relation de ce fait nous aurions ici un exemple de gangrène spontanée du poumon. Or, peut-on admettre chez un sujet, jusque-là bien portant, une pareille lésion débutant d'emblée?

La gangrène peut bien être la terminaison d'une pneumonie franche, terminaison bien exceptionnelle cependant puisqu'elle a été niée par Laennec, et que Rillet et Barthez n'en ont observé aucun cas; Grisolle, Bouillaud, Lancereaux en citent des exemples. Mais ici la gangrène débute avec les premiers accidents, l'enfant se met au lit le mardi soir, et le jeudi matin on constate que les crachats sont fétides; depuis quelques jours, il est vrai, il toussait et se plaignait d'une douleur au côté. Mais sa santé n'avait subi aucune atteinte. Ainsi donc rien dans les prodromes ou dans les antécédents ne légitime ou n'explique l'apparition si brusque de la gangrène pulmonaire. L'affection elle même a une allure spéciale et d'une gravité exceptionnelle. Il y a une série d'oscillations coïncidant tantôt avec une amélioration passagère, tantôt avec une aggravation provoquée par l'extension des foyers gangréneux.

Il y a parfois des températures extrêmes s'élevant jusqu'à 41 degrés, et la maladie précipite sa marche à tel point que la mort arrive le treizième jour et que le malade est emporté par des hémorrhagies foudroyantes. Notre observation serait bien difficile à interpréter, serait peut-être sans précédents, si nous ne pouvions rattacher ces accidents à une cause accidentelle, étrangère à l'économie. Par exclusion, nous sommes forcément amenés à rechercher quelle a été l'action de l'ergotine, son influence sur la production de ces accidents.

Ici, comme dans l'observation de M. Debove, il s'est écoulé un certain temps entre la cessation de l'ergotine et l'apparition de la gangrène: un mois dans le cas de M. Debove, quinze jours dans notre observation; c'est une circonstance importante à noter. L'ergotine aurait la propriété de s'accumuler, de s'emmagasiner dans les tissus, et de manifester à une

échéance plus ou moins lointaine sa funeste influence par une explosion soudaine d'accidents formidables; suivant le précepte de Trousseau : « donnez longtemps le poison par petites dose, vous aurez la gangrène d'emblée, poison d'autant plus redoutable que rien ne vient révéler le travail lent qui se fait dans l'économie, et que les malades supportent parfaitement l'ergotine sans éprouver de malaise. » Cette propriété particulièrement dangereuse appelle certainement de nouvelles expériences et la physiologie devra nous dire un jour par quel mécanisme le seigle ergoté peut exercer ainsi sourdement ses ravages.

L'expérience qui découle de ce fait nous prouve suffisamment que nous avons donné l'ergotine à doses trop élevées. Le malade prenait 0,20 centigr. par jour, il a pu absorber dans deux mois ou deux mois et demi de 12 à 15 grammes. Mais ne savons-nous pas que l'ergotine par la bouche est beaucoup moins active que par les injections sous-cutanées? Gubler disait que l'injection était dix fois plus active, d'où il concluait que les proportions, lorsqu'on la donnait par la bouche, devaient être beaucoup plus fortes.

Dans la même séance de la Société de thérapeutique (25 janvier 1877), Moutard-Martin disait que plusieurs jours étaient nécessaires pour obtenir un effet hémostatique appréciable alors même qu'on élevait la dose de l'ergotine à 4 grammes par jour, et Gubler ajoutait que l'ergotine était beaucoup moins active que l'ergot et que 4 ou 5 grammes d'ergotine correspondaient à peine à 1 gr. 50 d'ergot.

Nous suivions donc les errements reçus lorsque nous donnions 0,20 centigr. d'ergotine par jour à notre malade, et si nous avions besoin de motiver notre manière de faire, il nous serait facile de trouver des imitateurs ou du moins de nous appuyer de noms autorisés.

Nous avons été cependant profondément impressionné en voyant un enfant de 13 ans surpris en pleine santé par les premiers symptômes d'une gangrène des poumons et emporté dans l'espace de treize jours; alors surtout que nous devions rechercher dans un traitement antérieurement suivi, pour une

affection sans gravité, l'explication et la cause des derniers accidents.

Le récit que nous venons de faire pourra peut-être rendre quelques services en provoquant de nouvelles recherches sur l'action de l'ergotine. Ce médicament si précieux dans des hémorrhagies, quand nous avons besoin d'une action énergique immédiate, ne pourrait impunément dans les affections de longue durée être administré même à petites doses, de façon à saturer lentement l'économie.

C'est pour appeler l'attention sur ces nouvelles recherches que nous avons cru devoir faire le récit d'un de ces cruels mécomptes auxquels notre profession nous expose trop souvent.

Cette note, que je lisais à l'Académie de médecine le 6 avril dernier, a soulevé des doutes, a fait naître des protestations dont j'ai retrouvé l'écho dans la presse médicale, et qui semblent indiquer que ma pensée n'a pas été comprise, ou du moins que je n'ai pas mis suffisamment en relief les conclusions qui pouvaient, selon moi, découler de ce fait.

Je tiens d'abord à déclarer que je ne suis pas un adversaire de l'ergotine et que je suis loin de contester les services que ce médicament peut nous rendre dans un grand nombre d'affections. Je l'emploie chaque jour, surtout en injections, et je déclare que je connais peu de modificateurs aussi puissants, aussi rapides dans leurs effets. Mais cette puissance même, cette énergie d'action, nous indiquent suffisamment que l'ergotine n'est pas une médication banale, qu'on peut administrer impunément, sous toutes les formes, à doses indéterminées pendant un ou plusieurs mois.

En outre, il faut faire une distinction importante entre les injections sous-cutanées et l'administration par la bouche ; l'injection répond en général à une indication directe, plus précise, agit immédiatement, à petites doses; est rarement répétée chaque jour, au moins pendant une longue série. Par la bouche, au contraire, même à la dose de 4 grammes l'ergotine n'agit que lentement, plusieurs jours sont nécessaires pour que son action se fasse nettement sentir (Dr Michel, *Gaz. hebd.*, 30 avril). Est-ce, comme le suppose M. Con-

stantin Paul, parce que cette substance est altérée par les sucs digestifs ?

Quoi qu'il en soit, est-il bien certain que le même remède puisse être à la fois si actif en injections, à peu près inerte quand on le fait absorber par le tube digestif? Cette différence d'action se retrouve certainement avec d'autres substances, mais à un degré moindre, l'injection réclame toujours une dose plus faible, mais non pas cependant dans les mêmes proportions.

Gubler disait que l'injection d'ergotine était dix fois plus active et que 10 centigrammes en injection produisaient plus d'effet que 4 grammes par la bouche. A ce compte, que devient donc l'ergotine qui peut s'accumuler ainsi lentement dans l'économie, sans effet thérapeutique utile? Comment une même substance peut-elle être à la fois si utile dans certains cas, si indifférente dans d'autres suivant le mode d'administration? Peut-on à cet égard s'endormir dans une sécurité complète et donner impunément pendant longtemps, à doses élevées, l'ergotine par la voie ordinaire ? Pour ma part, je ne le crois pas; je crois au contraire que l'ergotine peut saturer lentement l'économie et déterminer une explosion soudaine d'accidents graves. Trousseau l'avait déjà dit: Donnez l'ergotine longtemps à petites doses et vous aurez la gangrène d'emblée.

On a dans ces derniers temps signalé deux cas de sphacèle des extrémités survenus chez deux malades soumis à ce mode de traitement. J'ai rapporté moi-même la relation la plus probante encore d'un fait analogue. La principale conclusion qui me semble découler de ce fait, c'est qu'il faut abandonner de plus en plus la voie stomacale pour recourir aux injections; qu'on ne peut impunément augmenter les doses et prolonger le traitement en donnant l'ergotine par la bouche; que son inertie par cette voie est plus apparente que réelle; qu'on ne saurait admettre dans la pratique que 3 centigrammes en injections équivalent à 2 grammes par la bouche (Langenbeck) ; enfin qu'il y a danger à saturer ainsi l'économie, car aucun symptôme apparent ne vient nous avertir de l'intoxication lente qui se produit. En signalant ce danger possible, puisqu'il a été constaté, on peut se préserver pour l'avenir de semblables accidents, on prouve une fois de plus la supériorité des injections sur les autres méthodes, et si l'on doit encore dans quelques cas administrer l'ergotine par la bouche, il faut se méfier des doses massives trop longtemps continuées.

Ces conclusions, les seules qui découlent du travail que je lisais à l'Académie, me paraissent appelées à servir plutôt la cause de l'ergotine qu'à restreindre son emptoi. Ce n'est en effet que par une connaissance plus approfondie des ressources que nous offre cette substance et aussi des inconvénients qu'elle peut présenter, que cette médication puissante pourra prendre tous les développements qu'elle comporte.

REVUE DE LA PRESSE

LES NOUVELLES MATERNITÉS ET LE PAVILLON TARNIER (1).

Par M. le Dr Pinard,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Dans les rapports que Tenon publia sur les hôpitaux de Paris en 1788 (2), rapport qui fut rédigé avec un esprit scientifique, une élévation d'idées, un amour de l'humanité qui frappent encore aujourd'hui tout lecteur d'admiration, se trouve la phrase suivante :

« A l'Hôtel-Dieu, dans les salles destinées aux accouchées et aux femmes grosses, on trouve 69 grands lits et 37 petits (3) ; on couche trois ou quatre par grand lit, les femmes enceintes saines avec les malades, les accouchées malades avec celles qui ne le sont point ! »

Si les chiffres sont quelquefois éloquents, ces quelques lignes

---

(1) Communication présentée à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, séance du 28 avril 1880 (*Revue d'hyg. et de police sanitaire*, n° du 15 mai 1880).

(2) *Mémoire sur les hôpitaux de Paris*, 1788.

(3) Les grands lits mesuraient 52 pouces de largeur et les petits 3 pieds. Ces lits, distribués sur deux, trois et quatre rangs, étaient appelés rangs blancs rangs noirs, suivant qu'ils étaient plus ou moins éclairés....

ne le sont pas moins ; et il est difficile de mieux peindre en peu de mots une effroyable réalité.

Le résultat d'une pareille situation se pressent à l'avance, et la terrible dîme que payaient les malheureuses qui venaient demander asile dans ce charnier ne doit point étonner.

Il mourait donc 1 femme sur 12.

Cet état de choses durait depuis un demi-siècle, malgré les réclamations incessantes du corps médical (fait qui nous semble montrer, Messieurs, que si les médecins ont toujours été les mêmes, les administrations, elles, n'ont guère changé).

Un prince étranger vint visiter l'Hôtel-Dieu et, à la suite de cette visite, dit-on, le gouvernement autorisa la publication de mémoires ayant pour objet la reconstruction de l'Hôtel-Dieu (1).

Ce fut la Convention nationale qui, en 1797, decréta l'institution d'une maison particulièrement destinée aux femmes en couches, et convertit en hôpital l'ancienne abbaye de Port-Royal, située rue de la Bourbe.

La Maternité était créée.

Dès lors, chaque femme eut son lit.

Voilà donc les femmes propriétaires d'un lit, installées dans un établissement situé topographiquement dans une excellente position, sur un terrain élevé, à côté des jardins du Luxembourg, possédant à l'intérieur et à l'extérieur des bâtiments de vastes jardins s'étendant en arrière, présentant, en un mot, des conditions de salubrité exceptionnelles ; de plus, ces femmes sont confiées aux soins de personnes s'appelant La Chapelle, Beaudelocque, Boivin, A. Dubois, Chaussier, P. Dubois, Danyau, etc. Qu'en résulte-t-il ?

Mme La Chapelle écrivait en 1824 : « La péritonite règne trop souvent dans nos salles, et une foule d'autres maladies peuvent frapper les femmes en couches. C'est alors que, transportées à l'infirmerie, elles sont livrées à l'expérience consommée

---

(1) Proust, *Traité d'hygiène publique et privée.* Paris, 1877.

et à la vaste érudition du professeur Chaussier, médecin en chef (1). »

Et ces malheureuses ainsi transportées à l'infirmerie et livrées aux soins éclairés et dévoués du professeur Chaussier, que devenaient-elles ? L'amphithéâtre peut répondre. Voici, en effet, les chiffres indiquant la mortalité de 1802 à 1832 (2).

	Mortalité pour 100.
De 1802 à 1812............	6,94
De 1812 à 1822............	7,39
De 1822 à 1832............	9,15

Trente ans après, les choses n'avaient guère changé, ainsi que le démontre le tableau nécrologique qui suit : (3)

	Mortalité pour 100
1859............	8,22
1860............	11,62
1861............	11,73
1862............	7,49
1863............	13,70
1864............	18,43

Entre les femmes qui venaient accoucher à l'Hôtel-Dieu en 1785 et celles qui accouchaient à la Maternité en 1866, quelle différence y avait-il donc? Une seule, c'est que les dernières accouchaient et mouraient plus proprement que les premières, mais ne mouraient guère moins.

Quelle était donc la fatalité qui régnait alors en maîtresse en empêchant tout progrès? Cette fatalité, je répète le mot, car il est vrai, c'était la croyance universellement admise à l'existence d'un principe épidémique insaisissable, mystérieux, venant, comme un ange exterminateur, s'abattre à un moment

---

(1) La Chapelle. *Pratique des accouchements*, t. I, p. 5, 1825.

(2) Hervieux. *Traité des maladies puerpérales*, p. 65.

(3) Hervieux. *Loc. cit.*, p. 60.

donné sur les pauvres femmes en couches. Qui pousse en certains lieux ce visiteur funeste? Quelle circonstance heureuse le chasse de ceux qu'il a désolés? s'écrie Danyau. Et les médecins courbaient la tête, et les internes se contentaient de relater au point de vue clinique et anatomo-pathologique les épidémies qu'ils observaient, et les femmes continuaient à mourir !

C'est alors que fut démontrée l'influence nocive du milieu nosocomial, d'une façon mathématique et preuves en mains. Cette démonstration si évidente, si écrasante, nous la devons à M. Tarnier.

Venant d'observer à la Maternité, pendant son internat en 1856, une épidémie terrible qui avait enlevé 31 femmes sur 32 qui étaient venues accoucher pendant le mois de mai, M. Tarnier rechercha si autour de la Maternité les femmes étaient frappées de la même façon. Ici je laisse parler mon cher et bien-aimé maître : « Les faits que j'observais me parurent en contradiction avec l'opinion commune qui admettait alors que la maladie puerpérale était avant tout de nature épidémique ; la mortalité devait être aussi grande en ville qu'à l'hôpital, et, pour éclaircir mes doutes, je fis une statistique où j'ai comparé la mortalité de la ville pour le 5e arrondissement et celle de la Maternité, qui se trouve dans le même arrondissement (ancien 12e). Tous les éléments de cette statistique se trouvent dans ma thèse inaugurale (1) et dans un mémoire peu après (2). Sans entrer ici dans les détails, il me suffira de consigner le résultat effrayant auquel je suis arrivé : *La mortalité est dix-sept fois plus considérable à la Maternité qu'en ville.* Voici les résultats d'après lesquels j'ai établi cette comparaison :

1856	En ville........	3,222 acc.	10 décès	1/322
	A la Maternité..	3,237 —	132 —	1/19

(1) *Recherches sur l'état puerpéral et sur les maladies des femmes en couches.* Th. de Paris, 1857.

(2) *De la fièvre puerpérale observée à l'hospice de la Maternité.*

« Ces chiffres étaient si étranges, que M. Velpeau les crut erronés, et quand l'Académie de médecine discuta la question de la fièvre puerpérale, ce chirurgien les fit contrôler par M. Trébuchet, qui arriva à peu près aux mêmes conclusions que moi.... »

« De toutes les statistiques, la plus importante est celle qui est publiée dans le rapport de Malgaigne (1) ; elle comprend tous les accouchements de Paris pour les années 1861 et 1862, et met en regard le nombre des accouchements et des décès : 1° dans les hôpitaux ; 2° dans les bureaux de bienfaisance ; 3° en ville et en dehors des bureaux.

« Voici ces tableaux qui ont été dressés par M. Husson :

		Accouchements.	Décès.	Proportion.
1861	Dans les hôpitaux..............	7,226	693	1 sur 10,42
	— bureaux de bienfaisance	6,212	32	1 — 194,12
	En ville, en dehors des bureaux.	44,481	262	1 — 169,80
1862	Dans les hôpitaux	5,971	476	1 sur 14,94
	— bureaux de bienfaisance	6,422	39	1 — 164,66
	En ville, en dehors des bureaux.	42,786	226	1 — 160,38

« En groupant ces chiffres, on trouve pour l'ensemble des deux années :

« Dans les hôpitaux : 14,197 accouchements, 1,169 décès. En ville et dans les bureaux 99,991 accouchements, 559 décès. Si la mortalité n'avait pas été plus forte dans les hôpitaux que dans la ville, on y compterait à peine 80 décès, au lieu de 1,169.

« *Mille quatre-vingt-dix femmes* en deux années ou *cinq cent quarante-cinq par an* frappées de mort à l'hôpital et qui probablement auraient été épargnées si elles avaient pu accoucher en ville ! Ces chiffres dépassent toute vraisemblance ; on hésite avant de les écrire. Une pareille mortalité devient une véritable

(1) Rapport inséré au *Bulletin officiel du ministère de l'intérieur*, 1864, n° 7 p. 153.

calamité publique. A peine soupçonnée il y a quelques années, il faut qu'elle disparaisse du jour où elle est connue (1). »

Les statistiques si nombreuses et si éloquemment présentées par le professeur Lefort, dans son beau livre sur les Maternités (2), nous montrent que dans toute l'Europe les résultats étaient absolument les mêmes. Sa statistique porte sur 1,843,093 accouchements ; sur 935,781 accouchements effectués en ville, il est mort une femme sur 212, tandis que sur 1,888,312 femmes accouchées dans les hôpitaux et les maternités, il est mort une femme sur 29.

La *contagion*, ce véritable facteur dont la puissance pathogénique croît en se multipliant, admise depuis longtemps en Angleterre, ne le fut tout d'abord en France que par M. Tarnier, bientôt MM. Trélat, Le Fort (3) vinrent soutenir et affirmer la même opinion. Aujourd'hui, presque tous les médecins sont contagionnistes, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant l'intéressant rapport de M. Bourdon et le compte rendu de la Société médicale des hôpitaux (4).

L'administration des hôpitaux, éclairée par ces travaux, fut mise ainsi en demeure de modifier ses errements, et prit alors quelques dispositions en vue de faire cesser la mortalité des femmes en couches. D'abord, sur la proposition du professeur Le Fort, les indigentes pourvues d'un domicile furent accouchées par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance, et les femmes privées de domicile furent accouchées chez les sages-femmes elles-mêmes.

Cette mesure, prise à titre provisoire en 1867, le fut à titre définitif et permanent, en 1869. Ensuite des changements sur l'importance desquels nous allons revenir eurent lieu à la Maternité.

---

(1) Tarnier. *Mémoire sur l'hygiène des hôpitaux des femmes en couches.*

(2) Trélat. *Bull. de la Soc. de chir.* Paris, 1866.

(3) Bourdon. Rapport lu à la Société médicale des hôpitaux de Paris (*Union médicale*, 1870).

(4) Comptes rendus de la Société médicale des hôpitaux (*Union médicale*, 1870).

Enfin on inaugura le système des petites Maternités, en créant la Maternité annexe de Cochin, qui fut ouverte le 15 juin 1865.

Quant aux services des femmes en couches situés dans les hôpitaux généraux, chaque chef de service prit lui-même, autant qu'il le put, les mesures hygiéniques qu'il crut salutaires.

Examinons rapidement les résultats obtenus à l'aide de ces différents moyens.

1° L'admission et l'accouchement des parturientes chez les sages-femmes, mesure bonne en soi, ne donne pas les résultats qu'on pourrait croire, surtout en lisant les statistiques fournies par l'administration.

En effet, le système de l'accouchement à domicile des indigentes par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance et de l'accouchement des indigentes sans domicile et sans ressources, effectué chez les sages-femmes de la ville, a donné, dit la statistique officielle, les résultats suivants (1) :

Dans le service à domicile, 53 décès sur 28,006 accouchements, soit un 1 cas de mort sur 127 ; chez les sages-femmes, 25 décès sur 5,020 accouchements, soit 1 cas de mort sur 200.

« Ces chiffres ont une terrible éloquence ! » dit le professeur Le Fort. Tout le monde sera de son avis. Mais nous devons cependant faire remarquer que ces chiffres ne sont point l'expression exacte de la réalité. Car, comme le dit très bien le docteur de Beurmann, dans sa remarquable thèse, sur laquelle nous reviendrons aussi tout à l'heure, il est impossible d'arriver à connaître exactement la mortalité des femmes accouchées chez es sages-femmes. « D'abord, dit-il, elles ne reçoivent que des ımes saines et bien conformées ; de plus, elles perçoivent ıl'administration une somme fixe qui ne varie pas suivant le ıombre de jours que la femme passe chez elles. Leur intérêt est

(1) Le Fort. *Compte rendu du Congrès international des sciences medicales de Bruxelles*, p. 331, 1876.

(2) De Beurmann. *Recherches sur la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux*. Th. Paris, 1879.

donc de laisser ou de faire partir leurs accouchées au bout des neuf jours fatidiques, qu'elles soient rétablies ou non. Cependant, plusieurs de ces femmes, assez bien portantes en apparence pour sortir et toujours désireuses de rentrer chez elles au terme fixé par une routine absurde, sont atteintes plus tard d'accidents assez graves pour entraîner la mort. Ce n'est pas tout, une femme accouchée depuis quelques jours tombe-t-elle malade, elles s'empressent de la renvoyer à l'hôpital, tout comme celles qui leur paraissaient dans de mauvaises conditions pour accoucher et celles dont elles n'avaient pu terminer l'accouchement. Ces femmes, auxquelles un pareil transport ne peut que nuire, arrivent souvent à l'hôpital dans un état déplorable, et il n'est pas rare de les voir mourir quelques heures après leur admission dans les salles. Cependant leur décès n'est jamais attribué à la statistique des sages-femmes. Ces faits sont bien connus de tous nos maîtres dans les hôpitaux, et cette année nous avons pu recueillir dans le seul hôpital Lariboisière sept cas du même genre, et malgré notre vigilance il a pu nous en échapper quelques-uns. On peut juger des résultats que donnerait une pareille enquête, si elle était pratiquée dans tous les hôpitaux. »

Nous n'avons pas besoin d'insister pour montrer combien cette mesure, qui en somme est un véritable progrès, s'éloigne encore de l'idéal.

2° A la Maternité les moyens prophylactiques ont consisté dans la division des grandes salles occupées par les accouchées saines, et qui régnaient autrefois sur toute la longueur du bâtiment, en quatre petites salles séparées par des cloisons vitrées complètes, mais percées de portes qui ne s'ouvrent que pour les besoins du service. Quand l'une de ces petites salles a été occupée et que les accouchées l'ont quittée, on ouvre largement les fenêtres, on la nettoie, on renouvelle la literie et on la laisse reposer pendant toute la période d'activité de la section voisine.

Quant à l'infirmerie des accouchées malades, elle est tout à fait séparée des salles occupées par les accouchées bien portan-

tes ; elle possède de plus un personnel spécial qui ne communique en aucune façon avec le personnel du service d'accouchements proprement dit.

Ces mesures excellentes sont contre-balancées par ce fait incroyable, monstrueux, à savoir que l'infirmerie reçoit pêle-mêle les femmes atteintes d'affections puerpérales éminemment contagieuses, les femmes atteintes de pneumonie, de variole, de rougeole, de scarlatine, de syphilis, de gale ! oui, Messieurs, de gale ! Ce n'est pas tout : quand une femme a subi une opération quelconque au moment de son accouchement, l'on sait combien, si l'opération a été laborieuse, il est fréquent de voir survenir un léger état fébrile ; eh bien, dès qu'une femme présente un peu de fièvre, on la fait passer à l'infirmerie et on la place au milieu de malheureuses atteintes d'affections contagieuses. Aussi est-il facile de comprendre comment du 3 juillet 1876 au 8 janvier 1880, sur 3,881 femmes, 91 sont mortes !

J'admets que parmi ces décès il en est qui ne reconnaissent pas pour cause les mauvaises conditions hygiéniques ; il n'en est pas moins vrai que les décès causés par les affections puerpérales sont encore beaucoup trop nombreux, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant la statistique ci-dessous.

Nombre total d'accouchements effectués à la Grande Maternité, du 3 *juillet* 1876 *au* 8 *janvier* 1880 — 3,881 :

Accouchements naturels...	3,715
Version..................	86
Application de forceps....	104
Céphalotripsie............	20
Embryotomie.............	4
Opération césarienne......	2
Total...	3,881 — Décès, 91

Causes des décès :

Péritonite........................	38
Phlébite........................	16
Gangrène des organes génitaux.....	1
Infection purulente.................	2
Scarlatine........................	2
Hémorrhagie......................	4
Urémie...........................	2
Pneumonie........................	5
Apoplexie pulmonaire..............	1
Pleurésie........................	1
Congestion pulmonaire............	1
Ectopie placentaire................	2
Asthme..........................	1
Eclampsie........................	8
Vomissements incoercibles..........	1
Phthisie.........................	2
Amputation utéro-ovarique.........	1
Carcinome........................	1
Grossesse extra-utérine............	1
Rupture utérine..................	1
Total.....	91

3° La Maternité de Cochin, où les salles ne contiennent que dix lits, fut inaugurée le 15 juin 1865.

Une première épidémie se déclarait le 20 août de la même année et enlevait 5 femmes en quelques jours.

Depuis cette époque, bon nombre de petites épidémies furent encore signalées; mais, dans ces dernières années, des mesures hygiéniques toutes particulières ont été prises. Nous voulons parler de la méthode listérienne appliquée aux accouchements.

M. Lucas-Championnière, qui dirige la Maternité de l'hôpital Cochin, décrit ainsi les préceptes qu'il a mis en pratique depuis bientôt deux ans, dans son service (1).

(1) Lucas-Championnière. *Chirurgie antiseptique.* Paris, 1880.

« Non seulement, dit-il, tout le personnel médical est tenu d'avoir les mains propres, mais en outre il est rigoureusement interdit de toucher une femme ou de passer d'un examen à un autre sans s'être lavé les mains avec l'eau phéniquée à 2 1/2 pour 100.

« Le seul corps gras employé est l'huile phéniquée. Après l'accouchement, la vulve est lavée avec l'eau phéniquée.

« Une compresse imprégnée du liquide faible reste en permanence sur la vulve. »

M. Lucas-Championnière ne se montre nullement partisan des injections phéniquées intra-utérines si préconisées à l'étranger. (Voir la théorie du Dr Joannès Rendu.)

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Dans les deux années 1878 et 1879, 1,455 accouchements eurent lieu.

La mortalité puerpérale fut de 6; soit 0,41 pour 100. Résultat superbe, mais sur lequel cependant nous faisons nos réserves.

4° Dans les hôpitaux généraux, ne pouvant faire l'histoire de chaque service en particulier, n'ayant pas, du reste les matériaux suffisants et nécessaires entre les mains, je prendrai le service des femmes en couches de Lariboisière, sur lequel les matériaux sérieux abondent, et où, peut-être plus que partout ailleurs, on a fait les plus grands efforts pour amener la disparition des accidents.

J'emprunte au Dr de Beurmann le tableau suivant (1) :

---

(1) De Beurmann. Th. inaug., p. 37.

ANNÉES.	Nombre d'accouchements par an dans la salle Sainte-Anne.	Nombre total de décès pour chaque année.	MORTALITÉ GÉNÉRALE		Nombre de décès de cause puerpérale pour chaque année.	MORTALITÉ PUERPÉRALE TOTALE		Nombre de décès puerpéraux consécutifs aux accouchements simples.	MORTALITÉ PUERPÉRALE SIMPLE	
			Calculée à 1 décès pour *x* accouchements.	Calculée à *x* décès pour 100 accouchements.		Calculée à 1 décès pour *x* accouchements.	Calculée à *x* décès pour 100 accouchements.		Calculée à 1 décès pour *x* accouchements.	Calculée à *x* décès pour 100 accouchements.
1854	46	1	1 pr 46		1	1 pr 0	0,0			
1855	467	43	10,4	9,6	39	11.8	8,4			
1856	522	33	15,8	6,3	29	17.7	5,6			
1857	708	39	18,5	5,5	37	19,1	5.2			
1858	593	44	13,5	7,4	42	14,1	7,1			
1859	776	64	12,1	8,2	61	12,7	7,9			
1860	652	49	13,3	7.7	47	13,8	7,2			
1861	732	47	15,6	6,4	45	16,1	6,1			
1862	716	24	29,8	3 4	20	35,6	2,8			
1863	876	24	36,5	2,7	18	48,3	2,1			
1864	919	46	20,0	5,0	39	23,4	4,3			
1865	960	22	43,6	2,3	5	188,6	0,5			
1866	813	19	42,9	2,4	10	80,4	1.2			
1867	959	15	63,9	1,6	12	79,6	1,2			
1868	1091	20	54,5	1,8	17	64,0	1,5			
1869	1034	21	49,2	2,0	19	54,3	1,8			
1870	944	24	39 2	2,5	20	47,0	2,1			
1871	723	27	26,9	3,7	24	30,0	1,3			
1872	896	31	28,9	3,4	38	29,8	3,3	25	1 pr 35.4	2,9
1873	947	31	23,8	3,6	28	33,6	3,0	17	54,7	1,8
1874	848	18	47,1	2,1	16	52,9	1,9	9	93,2	1,1
1875	897	18	49,8	2.0	14	63,8	1,6	8	110,9	0,9
1876	899	25	35.9	2,8	17	52,4	1,9	13	68,2	1.5
1877	893	25	1 pr 33,8	2,8	14	1 pr 63,0	1,6	6	1 pr 143,7	0,7
1878	890	17	52,3	1,9	10	88,3	0,9	5	199,6	0,5

Ce tableau résume la statistique des accouchements pratiqués à l'hôpital Lariboisière, dans la salle Sainte-Anne, depuis l'ouverture de l'hôpital, le 21 août 1854, jusqu'au 31 décembre 1878.

En examinant ce tableau on constate :

1° Que l'année la plus meurtrière a été celle de l'ouverture de l'hôpital ;

2° Que de 1855 à 1861 la mortalité se maintient entre 1 pour 10 et 1 pour 20 ;

3° Qu'à partir de ce moment elle tombe au-dessous de 1 pour 20, pour ne plus jamais atteindre un chiffre aussi élevé.

A quoi faut-il attribuer cette amélioration ? Le Dr de Beurmann nous le dit : « Nous avons constaté, dit-il, en dépouillant les registres de l'hôpital, que, pendant les premières années, les femmes malades restaient dans la salle d'accouchements et y mouraient souvent au milieu des nouvelles accouchées. Au contraire, à partir de 1862, nous avons constaté de nombreux passages de la salle Sainte-Anne dans les autres services. »

A partir de 1872, la mortalité tombe progressivement pour n'être plus, en 1878, que 0,5 pour 100 ou 1 cas de mort sur 199,6.

Pour arriver à ce résultat, le savant et si sympathique médecin de Lariboisière, M. Siredey, avait pris successivement les mesures prophylactiques suivantes : sur 28 lits, M. Siredey n'en fait occuper que 20, ce qui permet de faire reposer la literie et d'éviter l'encombrement. Autant que possible, chaque femme reçoit un bain à son entrée (excepté le dimanche, car il est à peu près impossible d'en obtenir ce jour-là).

Après l'accouchement, le linge souillé ne séjourne jamais dans la salle. Les éponges sont bannies du service. Chaque femme possède une serviette et une canule à injection personnelle.

M. Siredey commence toujours ses visites par la salle d'accouchements.

On emploie, pour toucher les femmes, de l'huile phéniquée qui est renouvelée pour chaque femme. Toute personne qui pratique le toucher se lave préalablement les mains dans une solution antiseptique.

Les élèves du service ne peuvent assister aux autopsies ni toucher aux pièces anatomiques, ni disséquer.

Dès qu'une femme est malade, autant que possible, elle est transportée dans une autre salle, etc., etc.

Tels sont les principaux moyens qui, appliqués avec rigueur, avaient permis à M. Siredey d'obtenir de si beaux résultats pendant quelques années.

Mais, hélas ! l'année 1879 est venue et a montré que le dévoue-

ment le plus absolu ne suffisait pas pour faire disparaître le danger.

En effet, sur 779 femmes qui vinrent accoucher à l'hôpital Lariboisière l'année dernière, la mortalité puerpérale pour les accouchements naturels fut de 1 sur 48 et dans le dernier semestre de 1 sur 33.

Les causes qui ont amené ce revirement ont été très bien exposées par M. Siredey, dans une note remise au Dr Besnier, qui rédige avec tant de talent ses lumineux rapports sur les maladies régnantes (1).

Ne pouvant, en raison de sa longuenr, citer cette note, nous nous contenterons d'en donner les deux conclusions :

« De l'exposé qui précède il résulte, dit M. Siredey :

« 1° Que les résultats déplorables que j'ai obtenus cette année chez les femmes en couches démontrent une fois de plus la nécessité d'adjoindre à chaque salle d'accouchements un pavillon d'isolement avec chambres séparées, où seront placées les malades dès l'apparition du moindre symptôme grave, afin de les séparer aussitôt des accouchées valides, sans les placer dans les salles de médecine générale,

« 2° Qu'il est indispensable de confier à un personnel médical différent les accouchées saines et celles qui sont malades. »

Mais pendant que ces choses s'accomplissaient, soit à la Grande Maternité, soit à la Maternité de Cochin, soit dans les autres hôpitaux, l'homme qui le premier avait démasqué la contagion d'une façon si scientifique, l'homme qui avait démontré que le génie épidémique, le *quid divinum*, le τό θεῖον ne dépassait pas certainement les murs de l'hôpital, était resté son ennemi acharné. Son rêve ne fut pas de l'amoindrir, mais de l'anéantir.

Après avoir étudié cette question dans plusieurs publications successives, M. Tarnier avait la conviction qu'on pouvait soustraire les femmes en couches aux effets de l'encombrement, de

---

(1) *Union médicale*, janvier 1880.

l'infection et de la contagion, que celle-ci s'exerce soit par la contamination directe des femmes bien portantes par les accouchées malades, soit par la transmission du poison puerpéral par les murs ou le mobilier, soit enfin par l'intermédiaire du personnel. Dans ce but, il a proposé de placer chaque femme en couche dans une chambre particulière, dont toutes les portes et les fenêtres s'ouvriraient directement au dehors. Dans ce système, les chambres seraient absolument séparées les unes des autres.

La Société médicale des hôpitaux (1) donna son approbation à ce système; le Congrès médical de Bruxelles se prononça en faveur de la même idée, et enfin l'administration de l'Assistance publique se décida à faire commencer les travaux en 1875.

En 1876, la construction était terminée, et, le 3 juillet 1876, l'inauguration avait lieu. Avant de vous donner les résultats obtenus dans ce pavillon depuis le 3 juillet 1876 jusqu'au 8 janvier 1880, je vous demande la permission de vous décrire rapidement le pavillon lui-même ; car on n'en trouve guère la description que dans le magnifique *Traité d'hygiène publique et privée* de notre cher et savant collègue M. Proust, et depuis la publication de ce livre quelques modifications ont été apportées à ce pavillon.

Description du pavillon Tarnier. — Le nouveau pavillon d'accouchements est situé à l'extrémité des vastes jardins de la Maternité de Paris.

Ce pavillon comprend un rez-de-chaussée et un premier étage. Il a la forme d'un parallélogramme rectangulaire et mesure 14m,20 de longueur, 7m,80 de largeur. Ses deux façades sont orientées au nord et au midi; les deux pignons regardent le levant et le couchant.

Deux murs de refend, allant du sol au comble et d'une façade

(1) Compte rendu de la Société médicale des hôpitaux (*Union médicale*, 870).

(2) Compte rendu du Congrès médical de Bruxelles, 1870.

à l'autre, séparent le bâtiment en trois parties : l'une médiane, les deux autres terminales. Chacune de celles-ci est divisée en deux moitiés par une cloison parallèle aux façades, de sorte que chaque étage se trouve divisé en ciuq conpartiments (voir les coupes ci-contre), l'un central et les autres dispersés aux quatre coins du pavillon.

Les quatre derniers compartiments sont destinés à être occupés par les femmes en couches.

Rez-de-chaussée. — Au rez-de-chaussée, le compartiment placé au centre du pavillon a été séparé en deux parties communiquant entre elles; l'une sert de vestibule, l'autre de chambre de surveillance et d'office.

Dans le vestibule se trouve l'escalier conduisant au premier étage; on y voit indépendamment de la porte principale trois portes inférieures qui conduisent : la première à un cabinet d'aisances; la seconde à un vidoir; la troisième à l'office. Ce vestibule est éclairé par deux fenêtres donnant sur la façade exposée au nord.

L'office ou chambre de surveillance, habituellement occupée par le personnel nécessaire au service, contient un fourneau, une baignoire mobile, une table, des chaises, des armoires.

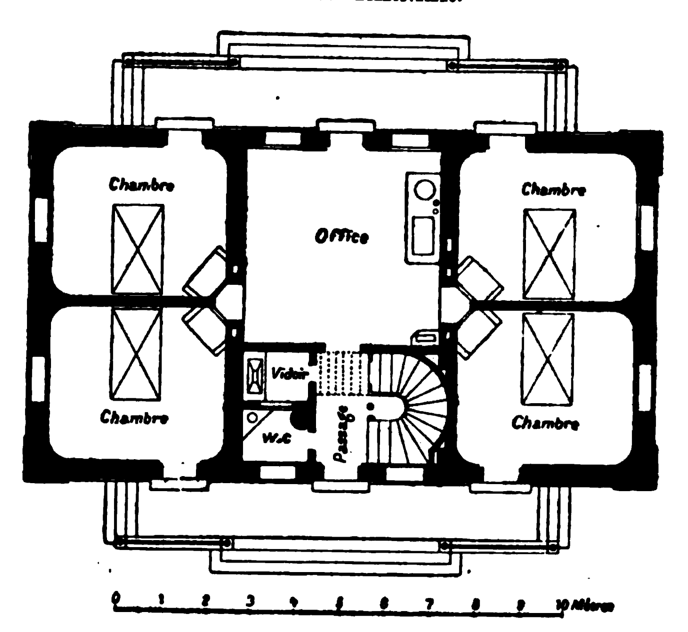
Elle est éclairée par deux fenêtres s'ouvrant sur la façade regardant au midi. A ses deux extrémités se trouve une porte qui conduit soit au vestibule, soit au dehors.

Les quatre chambres d'acouchements sont indépendantes l'une de l'autre; elles ne communiquent ni avec le vestibule, ni avec l'office. Chacune d'elle a une porte et une fenêtre. La porte s'ouvre sur l'une des façades, la fenêtre sur l'un des pignons. Cette fenêtre descend jusqu'au niveau du sol.

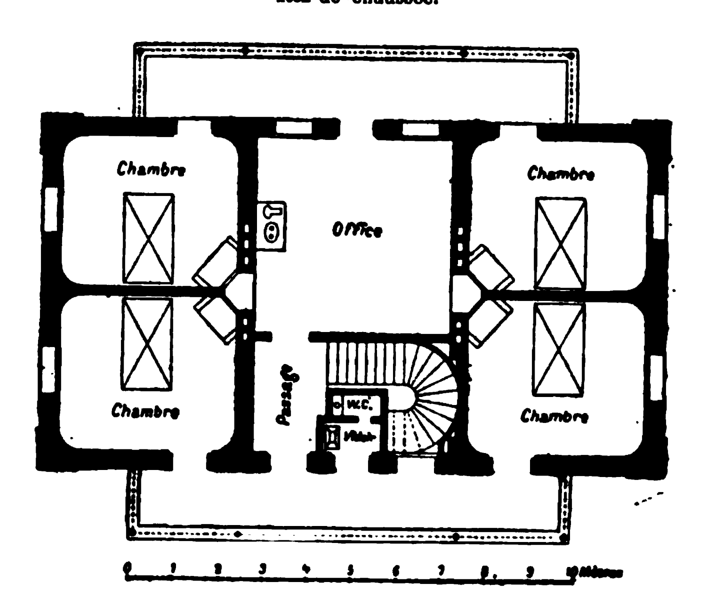
Premier étage. — Le premier étage offre les mêmes disposition que le rez-de-chaussée; mais les portes des chambres d'accouchements donnent sur un large balcon qui sert de voie de communication.

Les deux étages sont protégés sur chaque façade par une

PAVILLON TARNIER.



Rez-de-chaussée.



Premier étage.

marquise vitrée qui met les gens de service à l'abri de la pluie. Cette marquise monte jusqu'à l'avant-toit, mais elle n'est pas appliquée directement contre le mur dont elle reste séparée par un intervalle suffisant pour amener le renouvellement de l'air placé sous le vitrage de la marquise et chauffé par les rayons du soleil.

Les chambres d'accouchements sont au nombre de huit, quatre par étage. Chacune d'elles mesure : en hauteur 3 mètres ; en longueur $4^{m},30$; en largeur, $3^{m},50$. Le cubage de l'air y est de $45^{mc},55$. Au rez-de-chaussée les quatre chambres ont leur sol recouvert d'asphalte. Au premier étage, deux chambres sont dallées en pierre, les deux autres en ardoises, coupées en larges plaques.

L'usage a montré que l'asphalte devait être rejeté. Dans les huit chambres, les murs, les cloisons et le plafond sont recouverts de stuc et peints à l'huile. On peut donc, avec une grande facilité, nettoyer et laver toutes les chambres à grande eau, car le pavage y est incliné vers un caniveau aboutissant à une ouverture qui conduit l'eau dans un tuyau relié à l'égout.

Pour prévenir les amas de poussière ou l'infiltration de l'eau, tous les angles formés à la réunion des murs, des cloisons et du plafond sont à courbes arrondies.

Dans chaque chambre se trouve une cheminée et une glace sans tain, enchâssée dans le mur de refend répondant à l'office. Cette glace permet aux personnes placées dans l'office de surveiller ce qui se passe dans les chambres, et réciproquement les femmes en couches peuvent, depuis leur lit, voir ce qui se passe dans l'office et faire signe aux gens de service. De cette façon, la surveillance est sauvegardée sans nuire au principe de l'isolement.

L'éclairage se fait à l'aide du gaz, dont les becs sont placés en dehors des chambres au niveau des glaces sans tain.

Le mobilier de chaque chambre se compose :

1° D'un lit en fer ;

2° D'un sommier fait uniquement de lames métalliques ;

3° D'un oreiller, d'un traversin et d'un matelas remplis de balle d'avoine;

4° De couvertures de laine et de coton ;

5° D'une table de nuit en fer;

6° D'un fauteuil en fer;

7° D'une chaise en fer;

8° D'un tabouret en fer;

9° D'une table ronde en fer;

10° D'un berceau en fer avec la literie nécessaire pour le garnir.

A chaque lit aboutit un cordon de sonnette dont le fil après avoir passé sous la marquise rentre dans l'office.

Cette sonnette permet aux femmes d'appeler les gens de service.

Dans chaque chambre se trouvent, au-dessus d'un lavabo, deux robinets, l'un d'eau froide, l'autre d'eau chaude; les robinets sont alimentés par des réservoirs placés sous les combles. L'eau chaude provient des fourneaux des offices.

Le personnel attaché au service du pavillon est logé dans un bâtiment séparé.

Chaque femme admise au pavillon accouche dans la chambre et dans le lit qui lui sont destinés pour tout le temps de ses couches.

Quand elle est convalescente, elle peut se promener dans le jardin réservé qui entoure le pavillon.

Dès qu'une chambre est vide, on la ventile et on la remet pour ainsi dire à neuf. Pour cela on la vide de tout son mobilier, et toutes les parois: sol, murs, cloisons et plafond, sont lavées à grande eau.

Le mobilier, qui est tout en fer, subit un lavage analogue fait avec le plus grand soin.

La balle d'avoine qui remplissait les matelas, le traversin et l'oreiller de la mère et de l'enfant est brûlée.

Les taches de la literie et des couvertures sont lavées à la buanderie. Rien ne doit échapper au lavage et au lessivage.

Quand une femme accouchée devient malade, sa porte est rigoureusement interdite au personnel ordinairement chargé du service. Un médecin de l'hôpital du Midi soigne cette malade qui a, par exception, une garde spéciale avec défense pour celle-ci de pénétrer dans les autres chambres.

Telle est, en résumé, l'installation du pavillon Tarnier.

Voyons le fonctionner maintenant :

Accouchements effectués au pavillon Tarnier, du 6 juillet 1876 *au 8 janvier* 1880, 710, *se décomposant comme suit :*

Accouchements naturels.	653
Application de forceps ..	41
Version	5
Craniotomie	1
Rachiotomie...........	1
Bassins viciés.........	9
Total....	710

Nombre total des décès : 6. Proportion : 1 sur 118.

Pendant ce même laps de temps la mortalité à la Grande Maternité a été de 1 sur 42.

Cause des décès :

Péritonite	4
Infection purulente......	2

De ces 6 femmes, l'une avait une tumeur fibreuse qui se désorganisa après l'accouchement; chez une autre on fut obligé de pratiquer la délivrance artificiellement, et une troisième avait eu une grossesse gémellaire et l'extraction d'un des enfants avait nécessité quelques manœuvres. Les trois autres avaient eu des accouchements spontanés et normaux.

Je n'insiste pas, Messieurs, sur ces résultats, vous en comprenez de suite la portée !

Et cependant M. Tarnier n'est pas encore satisfait. Il pense, et non sans raison je crois, que le linge qui lui vient de la

buanderie de la Grande Maternité, plus ou moins bien blanchi peut être dans certains cas l'agent du contage. Aussi a-t-il, mettant à profit le travail si intéressant du professeur Valliu sur la désinfection du linge par l'air chaud, demandé l'installation des étuves.

Espérons qu'il ne l'attendra pas aussi longtemps que son pavillon.

J'ajouterai enfin, que l'interne qui a le service du pavillon est journellement en contact avec l'interne de l'infirmerie, et que peut-être il a pu servir de véhicule au contage.

J'ai tenu, Messieurs, à vous donner ces différentes relations, car si cette étude rapide montre suffisamment, je crois, le danger de réunir les femmes en couches, elle témoigne également des efforts incessants qui ont été tentés pour faire disparaître les accidents puerpéraux et les résultats obtenus proclament bien haut la puissance de l'hygiène. Aussi bien, je crois vous avoir démontré que ce n'est pas seulement en donnant à chaque femme un lit pour elle seule, en plaçant exclusivement les femmes en couches dans une même salle, ou dans un même hôpital, qu'on pourra faire disparaître ce fléau qui a fait tant de victimes et qu'on appelait improprement : *fièvre puerpérale*.

Que l'encombrement suffise à lui seul, ou non, pour créer le principe infectieux, il faut le supprimer quand même, car s'il n'est pas dangereux au point de vue de la production, il l'est au point de vue de la contagion.

Qu'une femme soit frappée, et l'explosion a lieu. C'est une épée de Damoclès continuellement suspendue sur la tête des malheureuses parturientes réunies dans une même salle.

Voilà pourquoi l'on doit supprimer toute réunion de femmes en couches. Et les faits qui viennent de se passer dans le service de M. Siredey prouvent assez en faveur de notre manière de voir.

Mais si l'on a des chambres d'isolement pour les malades? nous objectera-t-on.

Assurément ce fait sera une excellente chose, mais qui ne

constituera qu'une demi-mesure. Qui vous dit que vous l'avez enlevée assez tôt cette femme malade? Savez-vous quand commence le danger pour ses voisines? Non. Mais si on emploie la méthode listérienne? pourra-t-on nous dire encore.

Nous répondons que cela ne suffit pas non plus. Certes, les résultats obtenus par M. Lucas-Championnère sont très beaux, mais cependant il y a eu des cas d'infection.

Est-ce parce que la méthode a été mal appliquée, comme le dit M. Lucas, ou bien est-ce qu'elle est insuffisante? Nous ne le savons encore.

L'isolement, mais l'isolement complet, parfait et dans un milieu sain, nous paraît être le moyen le plus puissant pour faire disparaître les affections puerpérales qu'on devrait plutôt appeler les *infections puerpérales*.

Aussi, toute Maternité devrait-elle, aujourd'hui, remplir ces deux conditions en apparence paradoxales mais qui existent dans le modèle de M. Tarnier :

Réunir les femmes en couches en les isolant.

NOTE SUR UN CAS

DE VAGIN ET D'UTÉRUS DOUBLES (1)

(*uterus bipartitus globularis*).

Par le Dr Alphonse Herrgott,
Agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Les anomalies des organes génitaux de la femme ont, depuis longtemps, attiré l'attention des anatomistes et des accoucheurs. Les publications et les monographies dont elles ont été l'objet sont même trop nombreuses pour pouvoir être rappelées ici; nous ne citerons que les plus connues d'entre elles, celles de

(1) Communication faite à la Société de médecine de Nancy. In-*Revue médicale de l'Est*.

Cruveilhier (1), de Fœrster (2), de Kussmaul (3), et surtout la thèse d'agrégation du professeur Le Fort (4), qui toutes montrent combien les vices de conformation des organes génitaux de la femme sont variés et combien aussi le plus souvent, en se basant sur les données fournies par l'embryologie, il est facile d'en déterminer le mode de développement. Toutefois, l'exemple que nous allons décrire, qui a été trouvé à l'amphithéâtre de la Faculté de Nancy, semble être une exception à la règle générale et mérite, à ce titre et aussi à cause de sa rareté, d'attirer plus particulièrement notre attention.

Les organes génitaux dont nous donnons la description appartenaient à une femme d'une cinquantaine d'années environ, qui avait succombé à l'hospice de Maréville. Nous ne connaissons aucun détail sur la vie gynécologique de cette femme; l'anomalie dont elle était porteur n'ayant été reconnue qu'après sa mort et encore d'une façon tout à fait accidentelle, par un élève qui, examinant les parties génitales de cette femme, fut très étonné de voir que le vagin était séparé par une cloison verticale. Prévenu de l'existence de ce vice de conformation, j'examinai la vulve et pratiquai le toucher. Introduisant le doigt dans l'orifice vaginal droit, je ne tardai pas à sentir, au fond de ce canal, le col de l'utérus, petit, mais très bien formé, sans aucune échancrure ni à droite ni à gauche. Pénétrant ensuite dans l'orifice vaginal gauche et ne découvrant au fond de ce canal aucune saillie ni tubercule de nature à me permettre de reconnaître l'existence d'un col utérin, je crus que j'avais peut-être affaire à un canal vaginal qui n'avait aucune communication avec la cavité utérine. Du reste, l'aspect extérieur de l'uté-

---

(1) Cruveilhier. *Anatomie pathologique*, t. I, 5e partie. (*Organes génito-utérins, maladies de l'utérus.*)

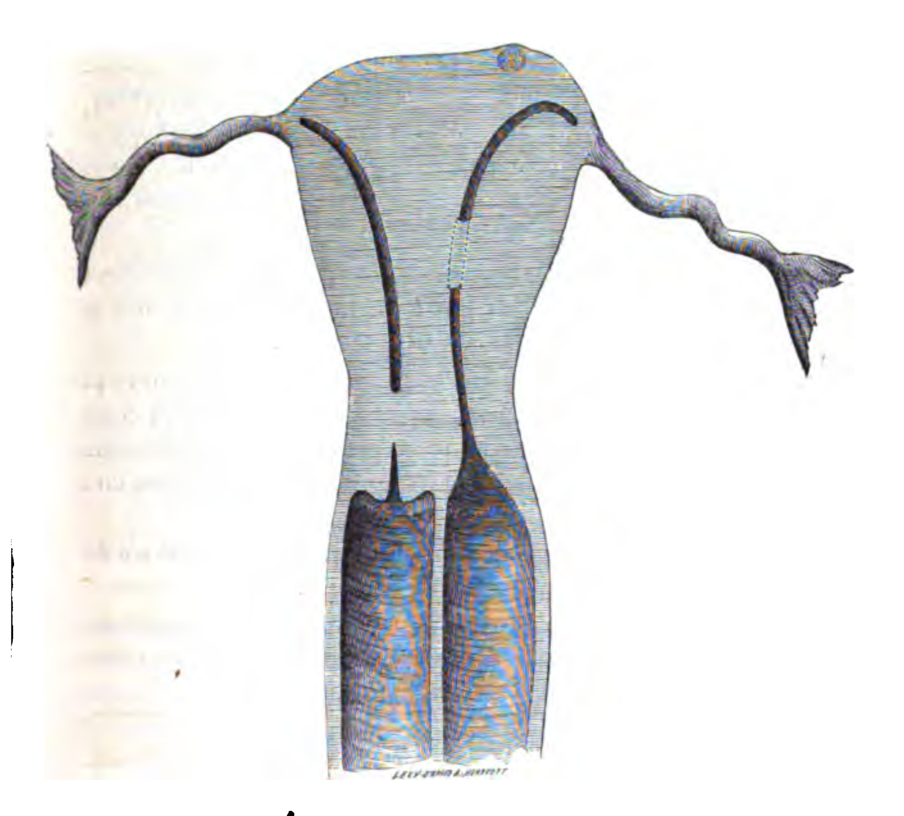
(2) Fœrster. *Pathologische Anat.*, t. II, p. 287. Leipzig, 1854.

(3) Kussmaul. *Ueber Mongel, Verkümmerung und Verdoppelung der Gebärmunter*. Wurtzbourg, 1859.

(4) Le Fort. *Des vices de conformation de l'utérus et des moyens d'y remédier*. Th. d'agrég. Paris, 1863.

rus ne m'indiquait nullement la bifidité de cet organe. Le corps de l'utérus, d'apparence normale, assez régulièrement développé, était globuleux et à sa partie supérieure on ne découvrait aucune dépression capable d'en faire pressentir la bifidité.

Afin de me rendre un compte exact des rapports de ces différentes parties entre elles, je sciai de chaque côté l'arcade pubienne et j'enlevai avec elle la vulve, le vagin, l'utérus et ses annexes.



La vulve, normalement développée, ne présente rien de particulier; les petites lèvres seules, plus volumineuses que d'habitude, dépassent un peu le rebord du repli cutané formé par les grandes lèvres qui, du reste, sont tout à fait régulières. Au fond

de cet orifice, au-dessous du méat urinaire, à l'entrée du canal vaginal, se trouve une cloison verticale qui sépare ce conduit en deux parties égales.

Pratiquant de chaque côté du vagin une incision longitudinale, je ne tardai pas à avoir une idée précise des rapports de ce canal avec l'utérus. Le vagin droit entourait nettement la partie cervicale de l'utérus, représentée par une petite éminence percée à son centre. J'introduisis dans cette ouverture cervicale un stylet mousse, mais *il ne me fut pas possible* de l'introduire à plus de 1 centimètre de profondeur.

Le canal vaginal gauche se terminait en entonnoir percé à son centre d'un orifice par lequel *il me fut possible* de faire pénétrer un stylet à une profondeur de 6 centimètres. Il n'y avait donc pas de col utérin, mais communication en entonnoir entre la cavité vaginale et la cavité utérine.

Je sectionnai ensuite transversalement le corps de l'utérus en allant de haut en bas, ainsi que l'indique la figure ci-jointe qui représente le segment postérieur de la coupe.

Les cavités utérines, nettement séparées l'une de l'autre par une cloison très épaisse, sont très peu développées, elles ne mesurent pas plus de 2 millimètres de diamètre et forment chacune un canal long et étroit comme il existe encore au milieu de la cavité utérine gauche.

La muqueuse qui tapisse ces deux cavités est lisse et comme vernissée.

L'orifice interne du côté droit est atrésié; il ne m'a, en outre, pas été possible de constater l'existence d'une communication avec les trompes qui sont régulièrement développées. Dans le fond de l'utérus, à gauche, se trouve un petit corps fibreux interstitiel.

Les ovaires sont atrophiés, plissés et rappellent ceux d'une vieille femme.

Ces organes génitaux sont donc remarquables non seulement par la duplicité complète du canal vaginal, dont les exemples ne sont pas très rares, mais surtout par la forme extérieure ré-

gulière, globuleuse, par la petitesse des cavités utérines et par l'atrésie de l'orifice interne du côté droit.

Les exemples d'utérus double, complètement cloisonné, d'apparence extérieure normale sont, en effet, extrêmement rares, car, dans presque tous les cas d'utérus double cités par les auteurs, on a constaté sur le bord supérieur de cet organe une dépression plus ou moins marquée, dernier vestige de l'état embryonnaire. En outre, parmi les quelques utérus décrits comme étant des utérus appartenant à la catégorie des utérus doubles d'apparence extérieure normale, devons-nous en écarter quelques-uns pour les mettre dans la classe des utérus bicornes. Ainsi la matrice si connue, décrite par Eisenmann (1), que quelques accoucheurs regardent comme un exemple d'*uterus bipartitus globularis*, doit être considérée, ainsi que celle dont MM. Boppe et Machizot (2) ont donné la description, comme un spécimen d'utérus bicorne.

En effet, dans la matrice décrite par Eisenmann dont j'ai sous les yeux le dessin qui a été fait d'après nature par mon père en 1838, on constate une légère dépression sur le bord supérieur de cet organe, dépression qui en fait présumer la duplicité. Du reste, E.-A. Lauth (3), dans sa description des *matrices biloculaires et bicornes* du musée de la Faculté de médecine de Strasbourg, s'exprimait en ces termes en parlant de cette préparation anatomique si curieuse :

---

(1) *Tabulæ anatomicæ quator uteri duplici observationem rariorem sistentes in lucem editæ*, Pl. I, fig. 2, II, III et IV. Strasbourg, 1752.

(2) Roger Boppe. *Quelques observations de matrices doubles, conséquences pour la grossesse et l'accouchement*. Th. de Strasbourg, 1866, n° 934, 2ᵉ série.

(3) *Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologiques*, t. V, 1ʳᵉ partie, p. 180.

E.-A. Lauth appelait matrices *biloculaires* celles qui, ne différant guère à l'extérieur des matrices normales, ont leur cavité plus ou moins complètement séparée en deux loges par une cloison placée sur la ligne médiane; tandis qu'il entend par matrices *bicornes* celles qui, outre cette cloison intérieure, présentent encore à l'extérieur leur fond divisé par une scissure plus ou moins profonde.

« Nous rangeons cette pièce parmi les matrices biloculaires, cependant elle fait évidemment le passage des biloculaires aux bicornes. En effet, on y remarque déjà vers le fond une légère *dépression*, premier indice de la séparation en cornes; cette dépression se continuant sur la ligne médiane, forme un sillon aplati tout le long de la face antérieure et postérieure de l'utérus et du vagin; *le premier aspect fait donc naître l'idée de l'existence de deux utérus* et de deux vagins placés l'un à côté de l'autre et réunis là où ils se touchent. »

Le Dr Boppe parle également, dans sa thèse, de la dépression qui existait au niveau de l'utérus double qu'il décrit et dont il donne le dessin. « L'aspect extérieur du vagin et de la matrice, dit-il, n'offre rien de particulier, sauf une dépression légère à la partie médiane du fond de l'utérus (1). » Dans ce cas, comme dans celui d'Eisenmann, le vagin était également double.

Le premier exemple que nous connaissions d'utérus double d'apparence normale se trouve représenté dans ce même ouvrage d'Eisenmann que nous venons de mentionner (2). Aucun texte n'accompagne ce dessin, mais E.-A. Lauth (3) donne de cette pièce anatomique la description suivante :

« Au volume près, qui excède l'état normal, cette matrice *n'offre à l'extérieur rien de particulier*, aussi n'est-ce que le hasard qui fit reconnaître la disposition anormale de sa cavité. Celle-ci est divisée en deux loges par une cloison mitoyenne qui occupe tout le corps de l'utérus, et peu s'en fallut que le col lui-même ne fût divisé en grande partie, car il existe le long de sa paroi postérieure une crête ou caroncule allongée, qui se continue du bord libre de la cloison jusqu'à quelques lignes de l'orifice externe. Une crête semblable, mais un peu saillante, s'étend le long de la paroi antérieure, depuis le bord libre de la cloison jusque vers l'orifice du col de l'utérus; c'est cette dernière qui, ayant été divisée dans son milieu par la section pra-

(1) *Loc. cit.*, p. 6.
(2) *Loc. cit.*, pl. I, fig. 1.
(3) *Loc. cit.*, p. 179.

tiquée dans l'utérus pour en voir la cavité, forme les deux caroncules latérales décrites par Grauel et qu'Eisemann dit à tort ne plus exister, car on les voit encore aujourd'hui. Les parois de l'utérus sont épaissies, surtout vers le fond de l'organe ; le col est arrondi et tuméfié; les ovaires sont agrandis et endurcis, les trompes utérines normales, le vagin et les parties externes de la génération n'offrant rien de particulier. »

M. Gallard a reproduit, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des femmes* (1), le dessin d'un utérus semblable à celui décrit par Lauth ; il est tiré de l'atlas inédit de Huguier et représente un utérus simple extérieurement, divisé à l'intérieur par une cloison verticale en deux cavités distinctes. Aucune observation n'accompagnant cette figure, que le médecin de la Pitié a donnée comme exemple d'*uterus bipartitus*, j'ai tout lieu de croire qu'elle représente le même utérus que celui dont E.-A. Lauth a donné la description.

Un exemple curieux d'*uterus bipartitus globularis* et de vagin double a été observé par le professeur Spœth, de Vienne, sur une femme de 20 ans, morte huit jours après l'accouchement. Le dessin de cet utérus a été donné par M. Courty (2) dans son *Traité des maladies de l'utérus;* nous regrettons cependant qu'aucune indication bibliographique, nous permettant de rechercher et de lire l'observation, n'accompagne pas cette figure.

Il y a quelques années, notre ami M. le docteur Budin (3), a publié la relation extrêmement intéressante d'une opération césarienne pratiquée sur une femme qui venait de succomber aux suites d'une hémorrhagie pulmonaire foudroyante et chez laquelle on trouva, à l'autopsie, une matrice double d'apparence extérieure normale. « L'utérus, dit-il, semblait avoir été sec-

(1) *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 2e édition, p. 135, 1879.

(2) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, p. 84, 2e édition. Paris, 1872.

(3) *Recherches physiologiques et cliniques sur les accouchements*, p. 30. Paris, 1876.

tionné sur la ligne médiane, mais l'incision qui avait été faite passait juste au niveau du bord du placenta, qui s'insérait sur la partie latérale de l'organe.

« En examinant de plus près l'utérus, on vit que, *si cet organe paraissait normal, en réalité il ne l'était pas : il était double avec cloisonnement complet*, et devait être, si on admettait la classification proposée par M. L. Le Fort dans son excellente thèse, désigné sous le nom d'*uterus bipartitus globularis*.

« Ce double organe, dans son ensemble, formait une masse pesant 757 grammes et mesurant 20 centimètres de longueur sur 18 centimètres de largeur. Il existait deux cols complètement séparés. L'utérus gravide était l'utérus droit, il mesurait à lui seul 11 centimètres de largeur sur 20 centimètres de longueur. Son col, dont les deux orifices interne et externe étaient fermés, avait conservé toute sa longueur et mesurait 5 centimètres d'un orifice à l'autre. Sa cavité était complètement oblitérée par un bouchon gélatineux blanc rosé, qui allait de la cavité du corps jusque dans la cavité vaginale ; le mucus faisait saillie hors de l'orifice externe qui était circulaire et appartenait nettement à un col de primipare.

« Le second utérus, le gauche, était séparé du premier, à la surface, par un très léger sillon : au milieu du pourtour de l'organe, il existait à peine une dépression marquant une séparation. Il n'était pas accolé au précédent, mais formait en réalité un tout avec lui. Il avait 18 centimètres de longueur sur 7 centimètres de largeur. Son col avait la forme d'un col d'une nullipare : son extrémité inférieure n'était pas sur le même plan que celle du col droit; elle descendait un peu moins bas ; la cavité du col gauche mesurait 4 centimètres de longeur et était, comme la cavité du col droit, totalement remplie par un bouchon gélatineux.

« La surface interne du corps de cet utérus gauche, non gravide, avait un aspect spécial : elle présentait des masses lobulées d'un gris rosé formant en certains points de véritables polypes, masses dues à l'hypertrophie considérable de la muqueuse: sur la coupe, en effet, on voyait la section du tissu musculaire

utérin ; ce dernier mesurait environ 4 millimètres d'épaisseur et la muqueuse hypertrophiée offrait par places jusqu'à 7 ou 8 millimètres de hauteur.

« Cette muqueuse était surtout épaisse au niveau du fond de l'organe; son épaisseur diminuait au fur et à mesure qu'on descendait vers le col; à une certaine distance au-dessus de l'orifice cervical interne, elle semblait s'arrêter, tant elle était devenue mince. Il était facile, avec le dos d'un scalpel, de séparer cette muqueuse du tissu musculaire de l'utérus.

« De chaque côté de l'organe total, il y avait un ligament rond, une trompe et un ovaire..... Nous avons noté la présence de deux cols ; chacun de ces cols s'ouvrait dans un vagin distinct; les deux vagins étaient situés sur le même plan, l'un à droite l'autre à gauche; ils étaient accolés comme deux canons de fusil et séparés par une cloison assez épaisse qui s'étendait jusqu'au niveau de la vulve qui était normale. »

M. Budin termine cette intéressante observation en insistant sur la forme de l'utérus, qui était si globuleux et tellement unique extérieurement que, « s'il avait présenté une torsion sur son axe, torsion amenant son bord gauche en avant, comme cela a lieu habituellement, l'opérateur eût pu pénétrer dans l'utérus gauche non gravide. » On a vu que, dans ce cas partilier, la section de l'utérus avait été faite tout près de la cloison de séparation.

Enfin, Liepmann (1) a, dans son travail publié en 1830, fait connaître une anomalie de l'utérus qui a une grande analogie avec celle que nous avons trouvée et dont nous venons de donner la description. Dans ce cas particulier, l'aspect extérieur était normal, mais les cavités utérines étaient également très étroites et tout à fait séparées l'une de l'autre. Elles se présentaient sous formes de fentes disposées en croissants dont les pointes regardaient au dehors et correspondaient aux bords latéraux de l'organe.

Tels sont les quelques rares exemples d'*uterus bipartitus glo-*

(1) Liepmann. *De duplicitate uteri et vaginæ*. Berlin, 1830.

bularis que nous avons pu trouver dans la littérature médicale. Le peu de fréquence de cette anomalie, comparativement au nombre considérable des autres malformations de l'utérus trouve son explication dans les données embryologiques mêmes que nous possédons, les lois qui président aux développements de ces organes nous donnant le plus souvent le mode suivant lequel les anomalies que l'on constate ont dû se produire. « En effet, dit M. L. Le Fort (1) dans l'importante monographie que nous avons eu l'occasion de citer plusieurs fois dans le cours de ce travail, les exemples d'utérus ayant l'aspect normal à l'extérieur et présentant un cloisonnement complet à l'intérieur peuvent *à priori* être annoncés comme très rares ; l'utérus, ne présentant à l'extérieur aucune modification dans sa forme, n'a rien qui attire l'attention dans les autopsies, sauf le cas où la coexistence d'une cloison vaginale a pu, pendant la vie des malades, appeler l'attention du chirurgien.

« Mais il est une autre raison plus scientifique qui nous explique la rareté réelle et absolue de ce vice de conformation. Ce travail formateur, embryogénique, dont nous avons décomposé les principaux phénomènes, est continu dans sa marche, et quelques-uns de ses actes sont simultanés. Si les progrès du développement dont le terme est la disparition de la cloison qui sépare les utérus rudimentaires, cessent ou se ralentissent, tout nous porte à croire que la fusion extérieure des deux utérus (qui n'est pas encore achevée au moment où cette perturbation arrive) ne continuera pas à se faire. Le développement se ralentira ou cessera dans tout l'organe à la fois, produisant un utérus bicorne ou tout au moins cordiforme, plutôt qu'un utérus globulaire. » Cette dernière forme peut donc être considérée comme une véritable *monstruosité embryologique*, ce qui nous explique sa très grande rareté.

Il serait intéressant d'étudier maintenant les rapports qui existent entre les utérus doubles et la superfétation, mais cela nous entraînerait à des développements trop considérables pour

---

(1) *Loc. cit.*, p. 69.

pouvoir être publiés dans une note comme celle-ci ; nous nous bornerons à rappeler, outre les travaux que nous avons déjà cités, qui presque tous traitent cette question avec plus ou moins de développements, ceux de Cassau (1), dans ses *Recherches sur les cas d'utérus double et de superfétation*, et la thèse de Ganahl (2) qui est une étude importante de la superfétation, en ayant soin toutefois d'ajouter qu'en général le véritable obstacle à la superfétation n'est pas tant dans l'utérus que dans l'ovaire, dont la fonction, la ponte de l'ovule, est fortement modifiée par le fait de gravidité.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

M. Guéniot lit un rapport sur un travail de M. Eustache (de Lille), intitulé : **Amputation du col de l'utérus par le thermo-cautère.** — Le dégagement d'une fumée intense rendit l'opération longue et pénible. Aussi M. Guéniot, avec l'auteur de ce travail, considère-t-il le thermo-cautère comme un instrument absolument défectueux dans cette circonstance, et il estime qu'en pareil cas l'écraseur linéaire ou le constricteur (serre-nœud) répondrait bien plus sûrement aux exigences d'une opération régulière.

M. Trélat dit qu'il faut ajouter à ces instruments l'anse galvano-caustique.

M. Després est de l'avis de M. Trélat.

M. Lucas-Championnière s'est servi dernièrement des ciseaux du thermo-cautère pour amputer un col ; il n'a pas eu de fumée, et le résultat a été très bon.

M. Sée dit qu'on peut se servir avec avantage du thermo-cautère dans le vagin et dans la bouche ; on se débarrasse très facilement de la fumée en dirigeant un courant d'air dans le vagin.

---

(1) Thèse de Paris, 1826.

(2) *Considérations sur la superfétation*. Thèse de Paris, 1867.

Ponr le cas d'ablation d'un col volumineux le thermo-cautère ne convient pas. Mais si l'on emploie l'écraseur, la chaîne glisse, et peut comprendre le péritoine. Le galvano-cautère serait le meilleur instrument si l'on connaissait mieux les suites de son action; mais il expose les femmes à avoir un rétrécissement ou même une oblitération du conduit cervical de l'utérus. Avec le bistouri, au contraire, on peut enlever un segment conique du col, de manière à conserver une grande partie de la muqueuse qui recouvre sa face externe. On suture ensuite cette muqueuse et l'on n'a pas de rétrécissement.

M. Perrin ne s'associe pas à la proscription du thermo-cautère pour les opérations dans la cavité buccale.

M. Desprès dit que jamais l'amputation par l'anse galvano-caustique n'a produit l'oblitération du canal utérin et persiste à condamner l'emploi du thermo-cautère pour les opérations dans le vagin et dans la bouche.

M. Le Dentu repousse l'emploi de l'instrument tranchant, et donne la préférence à l'anse galvanique. Il rappelle que M. Leblond a imaginé un spéculum qui permet de porter un fil sur le col; et lui-même a fait faire des aiguilles que l'on implante sur le col en trois ou quatre points. Ces aiguilles sont pourvues vers leur extrémité pointue d'une espèce de talon. On glisse la chaîne de l'écraseur sur les aiguilles, et le talon dont elles sont pourvues dirige naturellement la chaîne au-dessus de leur point d'implantation.

M. Guéniot dit que le rétrécissement et surtout les oblitérations du col sont excessivement rares, quel que soit le procédé employé.

(*Séance du 24 mars*).

M. Terrillon présente un **hystéromètre-curvimètre** construit sur ses indications par MM. Mathieu fils.

Cet instrument se compose d'une tige rigide et graduée ou d'une patte formant manche, afin qu'il puisse être facilement tenu à la main. Elle porte un cadran qui présente un certain nombre de divisions et autour duquel tourne une aiguille mobile. A l'autre extrémité de la tige se trouve fixée une partie flexible enveloppée par une membrane de caoutchouc. La flexion de cette pièce peut se faire en deux sens opposés; elle se traduit instantanément par un mouvement correspondant de l'aiguille, qui indique à la fois le degré et la directio .

Enfin, un curseur formé d'une tige creuse peut glisser le long de la partie flexible, tandis qu'une échelle graduée, placée sur la tige principale, permet d'apprécier la quantité dont il se déplace, c'est-à-dire la longueur de la tige flexible engagée ou introduite.

Grâce à une petite vis de pression, on peut fixer le curseur en un point quelconque de sa course.

Cet instrument a pour but de mesurer la longueur de la cavité utérine, en même temps que d'indiquer la courbure de cet organe anté ou rétroflexion.

L'instrument est introduit de la façon suivante : le curseur étant mobilisé, on place l'extrémité de la partie mobile devant l'orifice utérin. Une impulsion légère suffit pour introduire l'instrument qui, en vertu de sa flexibilité, s'introduit facilement jusqu'au fond de la cavité sans produire de désordres.

S'il y a une flexion, on voit l'aiguille se dévier dans un sens qui indique le sens de la flexion et s'arrêter sur une division du cadran.

Cette division est notée avec soin. On fixe alors le curseur au moyen de la vis au point où il est arrivé lorsque la tige mobile a atteint le fond de l'utérus. L'instrument est alors retiré. On lit d'abord sur les divisions de la tige la longueur de la cavité. Puis, le curseur restant toujours en place, il suffit de faire décrire à l'extrémité de la tige une courbe telle que l'aiguille arrive au point où elle s'était arrêtée, pour avoir la figure de la courbe de la cavité. Le sens dans lequel l'aiguille s'est déviée indique le sens de la déviation utérine. On peut trouver également la latéroflexion en inclinant l'instrument dans le sens latéral.

Le principe de cet instrument peut être utilisé pour rechercher la direction de certains trajets courbes. (*Séance du* 7 *avril.*)

M. le Secrétaire-général donne lecture d'un travail intitulé : **Note sur l'amputation du col de l'utérus par le thermo-cautère**, par le Dr Faucon, membre correspondant.

Dans cette note, l'auteur s'étonne du jugement sévère porté par plusieurs membres de la Société de chirurgie sur l'emploi du thermo-cautère dans la chirurgie utérine. Sans doute, chercher à pratiquer avec le thermo-cautère l'extirpation du col de l'utérus au fond d'un spéculum plein est un procédé défectueux ; mais il est toute une catégorie de cas dans lesquels les difficultés qui ont été signalées

sauraient surgir ; ce sont ceux où le chirurgien trouve le museau de tanche à la vulve ou dans son voisinage.

Dans ce cas, l'instrument du Dr Paquelin a deux avantages : le premier d'être aussi maniable que le bistouri ; le second de produire à volonté les effets divers du cautère actuel sans qu'on ait à redouter ses fâcheux effets : la diffusion du calorique.

Dans deux cas de prolapsus, le Dr Faucon a employé le thermocautère pour pratiquer l'amputation, il n'a eu qu'à s'en louer.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une hypertrophie sus et sous-vaginale avec prolapsus, issue du col hors de l'anneau vulvaire et impossibilité de réduire complètement l'utérus. L'amputation se fit sans une goutte de sang, — et l'utérus rentra de lui-même ; — il n'y eut pas de réaction fébrile, et vingt jours après la malade sortait avec un pessaire de Borgniet. Cette femme, qui ne pouvait plus vaquer à ses occupations de ménage, se trouvait tellement soulagée qu'elle refusa une nouvelle opération (le cloisonnement du vagin, par le procédé de Le Fort) destinée à compléter le résultat déjà obtenu.

Dans ce fait, le thermo-cautère a donc été un excellent instrument de diérèse et d'exérèse.

L'observation suivante est encore plus concluante : non seulement l'amputation n'a pas été suivie de réaction fébrile, ni d'hémorrhagie, ni d'aucun autre accident local, mais elle a déterminé une diminution de volume de tout l'organe.

Ces faits démontrent combien sont exagérées les assertions des auteurs qui prétendent que le thermo-cautère détermine d'épaisses eschares sur la surface de section du col de l'utérus. Au bout de dix jours, il n'y avait plus trace des eschares d'un gris brunâtre du début ; les bourgeons charnus apparaissaient, et, dès le vingtième jour, la cicatrisation était complète ou des plus avancée.

Sans doute deux faits ne suffisent pas à juger définitivement une question controversée, mais ils semblent de nature à démontrer les avantages du thermo-cautère appliqué *dans les cas de prolapsus* à l'amputation des allongements hypertrophiques simples ou des hypertrophies inflammatoires du col.

Lorsque l'utérus occupe sa situation normale *au fond du vagin*, on pourrait recourir à l'abaissement du col ainsi que le faisait Lisfranc. La majorité des chirurgiens condamne aujourd'hui cette pratique comme dangereuse, et cependant M. Kœberlé qui l'emploie a obtenu

par ce moyen dans une huitaine de cas les résultats les plus satisfaisants. (A. Reichardt, thèse de Paris, 1878.) M. Kœberlé emploie aussi le thermo-cautère dans l'amputation du col, mais seulement comme hémostatique.

Enfin le Dr Faucon a tenté l'*amputation sur place* contre un cancer qu'il aurait abandonné à sa marche fatale s'il n'avait eu le thermo-cautère à sa disposition. Le col n'était pas très profondément envahi; mais le néoplasme s'étalait largement dans les culs-de-sac et sur la paroi vaginale. L'écoulement de sang, peu considérable d'ailleurs, fut dû au tiraillement de la tumeur par les pinces à érigne, ce qui n'empêcha pas le thermo-cautère de fonctionner. La malade n'a éprouvé de douleurs que pendant la cautérisation des culs-de-sac.

L'élimination des eschares et la cicatrisation des lèvres se fit régulièrement, une nouvelle cautérisation de la paroi vaginale fut jugée nécessaire, mais la malade ne voulut pas s'y soumettre, et deux mois après de nouvelles végétations cancéreuses s'étaient développées sur la portion gauche du col et sur le cul-de-sac correspondant.

En résumé, M. le Dr Faucon n'a nullement l'intention de préconiser l'usage du thermo-cautère pour tous les cas d'amputation du col utérin, mais il demande que la question soit réservée jusqu'à plus ample informé.

Rapport de M. Terrillon sur une **observation de cystite survenue au début de la grossesse,** présentée par M. Cauvin (de Béziers).

Il s'agit d'une femme de 21 ans, mariée depuis cinq mois et qui demanda les soins de M. Cauvy pour une affection vésicale survenue dans le cours d'une grossesse datant de deux mois. Au début, la malade se plaignait d'envies fréquentes d'uriner et de douleurs sus-pubiennes; les urines étaient abondantes et ne présentaient aucune altération. Cette femme avait joui jusqu'alors d'une excellente santé.

Malgré un traitement rationnel, au bout de quinze jours les phénomènes s'étaient accentués, les urines étaient devenues troubles et exhalaient une odeur ammoniacale assez prononcée.

L'introduction de la sonde provoquait une vive douleur au niveau du col vésical; il n'y avait ni métrite, ni vaginite, l'utérus semblait dans une situation normale. Enfin la malade se plaignait de douleurs lombaires très vives et de vomissements assez fréquents.

Un mois après le début des accidents se produit un avortement et, dès le lendemain, tous les accidents vésicaux vainement combattus

diminuent, puis cessent bientôt (1er déc. 1878). L'influence de la grossesse sur la *cystite* (urines troubles et ammoniacales) était donc bien évidente ; la fin de l'observation rend ce fait encore plus net et plus frappant.

Quatre mois après cette fausse couche, troubles légers de la miction : envies fréquentes d'uriner, douleur assez vive après la miction et douleur sus-pubienne. Cette dame se croyait de nouveau enceinte de près de deux mois.

Bains émollients, opium, bromure de potassium, et, après quinze jours de ce traitement, cessation des accidents.

Accouchement à terme et sans encombre. Bonne santé depuis lors.

L'état de grossesse peut donc provoquer par lui-même des phénomènes d'irritabilité vésicale et même de cystite vraie. Enfin l'avortement survenu à la fin du trente et unième mois, dans le cours de cette cystite, tendrait à prouver que ces troubles de la vessie peuvent indiquer un état maladif de l'utérus ou de ses annexes, capable de se terminer par un avortement. Ce fait serait cependant tout à fait exceptionnel.

M. Després renouvelle l'argumentation déjà présentée : la grossesse normale ne peut déterminer de cystite. Il en appelle à l'expérience de M. Tarnier. M. Tarnier dit que la cystite n'est très rare soit chez les femmes enceintes ; actuellement il en observe deux cas.

(*Séance du* 28 *avril* 1880.)

Dr R. Chenet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

A manual of midwifery for midwifes (*manuel d'accouchements a l'usage des sages-femmes*, par le Dr Fancourt Barnes, médecin de la Maternité de Londres. 1 volume in 12, Londres, 1879, chez Smitth Elder et Cie.

Un de nos confrères d'outre-mer bien connu des lecteurs des *Annales*, M. Fancourt Barnes, a eu l'excellente idée de publier un manuel élémentaire d'obstétrique particulièrement destiné à l'usage des sages-femmes dont l'instruction avait été jusqu'à ce jour quelque peu négli-

gée en Angleterre. Nous avons examiné avec le plus grand soin le livre de M. Barnes, nous avons lu en entier la plupart des chapitres, et nous sommes heureux de constater qu'il contient, sous une forme claire et précise, les notions les plus élémentaires de l'obstétrique.

Ce qui a le plus attiré notre attention dans cet ouvrage, c'est l'excellente distribution des matières. L'auteur s'est attaché à résumer sous un petit volume les connaissances que doivent posséder les étudiants qui, sans vouloir s'adonner spécialement à l'obstétrique, ont besoin d'avoir les notions courantes. C'est ainsi que nous trouvons réunies dans le manuel, non seulement les notions élémentaires de l'obstétrique proprement dite, mais encore une étude succincte, mais suffisante, de l'anatomie des organes pelviens et des maladies qui précèdent, accompagnent ou suivent l'accouchement. On en jugera par l'exposé suivant qui montre comment l'auteur a distribué les matières dans chacun des chapitre de cet excellent ouvrage.

Le chapitre premier est consacré à l'anatomie des os du bassin; le chapitre II contient la description des difformités du bassin: le rachitisme, l'ostéomalacie, le spondylizème, etc. Les trois chapitres suivants (de III à V) contiennent l'anatomie et la physiologie des organes génitaux ainsi qu'une courte notice sur les troubles de la menstruation. Nous trouvons ensuite (chapitres VI à IX) la symptomatologie de la grossesse ainsi que les principales affections qui peuvent la compliquer ou l'entraver: vomissements, œdème, prurit, épilepsie, troubles de la miction, fibromes, polypes, dégénérescence du chorion et du placenta, etc.

Le chapitre X contient une bonne description de l'anatomie de la tête fœtale, qui se trouve placée très à propos pour servir de préface aux trois chapitres suivants (de XI à XIII), consacrés à l'étude du mécanisme de l'accouchement normal.

Dans le chapitre XIV, placé également fort à propos, l'auteur étudie les suites de couches et donne une excellente description des soins à donner aux parturientes après l'accouchement.

Les huit chapitres suivants (VI à XXIII) méritent particulièrement d'appeler notre attention. L'auteur s'est efforcé d'y décrire les présentations irrégulières et les principales causes de dystocie. C'est là une tâche toujours difficile lorsqu'on s'adresse à des sages-femmes ou à des étudiants qui débutent en obstétrique, et nous constatons avec plaisir que M. Barnes a parfaitement réussi à donner dans un espace

restreint les notions les plus claires et les plus compréhensibles de ce qu'on peut appeler la *pathologie obstétricale*.

Nous trouvons ensuite deux excellents articles (XXIII et XXIV) sur la rupture et l'inversion de l'utérus, puis deux chapitres (XXV et XXVI) sur la folie puerpérale et l'éclampsie. L'auteur, à qui ces notions sont familières, donne d'utiles indications sur le traitement de ces affections.

Les chapitres XVII et XVIII méritent également d'être signalés. Le lecteur trouvera une bonne description des nombreuses affections observées après la parturition ; la phlegmatia alba dolens, l'embolie pulmonaire, la thrombose cardiaque, la fièvre puerpérale, la cellulite pelvienne, la pelvi-péritonite, etc. Enfin, l'ouvrage se termine par un chapitre dans lequel sont exposés les soins qui doivent entourer l'enfant à sa naissance et les principales affections du premier âge.

On voit, d'après ce court exposé, que l'ouvrage de M. Fancourt Barnes a été écrit avec cette méthode rigoureuse indispensable aux ouvrages destinés à l'enseignement. A ce titre il constitue un véritable modèle et nous espérons qu'il ne tardera pas à être traduit dans notre langue.

Ajoutons que l'ouvrage est orné de figures nombreuses et parfaitement exécutées et qu'il est irréprochable au point de vue typographique comme tous les livres publiés par M. Smith.

Nous adressons donc nos sincères compliments à l'auteur de cet excellent livre. *Noblesse oblige*, et en publiant ce travail M. Fancourt Barnes s'est montré digne de l'éminent gynécologiste dont il est le fils, M. Robert Barnes.

A. Lutaud.

REVUE DES JOURNAUX (1).

Engagement du pariétal postérieur, par Veit (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, vol. IV, fascicule 2). — L'auteur, qui fonde son opinion sur cinq cas suivis de près, ne partage pas l'opinion de Litzmann, qui croit que la tête tourne sur son axe, et que le pariétal placé en arrière remonte à mesure que l'antérieur descend. Voici plutôt, suivant lui, comment les choses se passent : le pariétal postérieur s'engage profondément

(1) D'après *American Journal of Obstetrics*, octobre 1879.

dans le détroit supérieur, puis la suture sagittale s'éloigne de la symphyse et descend; le pariétal postérieur parvient dans la courbure du sacrum; plus le travail avance, plus grande devient la distance qui sépare la suture sagittale de la symphyse; la suture progresse de plus en plus. Aussitôt que la tête a franchi le détroit supérieur, les deux pariétaux sont à la même hauteur; dès ce moment le travail rentre dans la normale. Cette rotation peut être rapide, mais elle est le plus souvent lente. Dans un cas, la crâniotomie pratiquée au-dessus du détroit supérieur, n'altéra point ce mécanisme. La rectification au-dessous du détroit supérieur paraît impossible.

Les moyens dont nous disposons dans ces cas sont : la rectification, le forceps, l'expectation, la crâniotomie et la version. L'auteur n'a jamais réussi à faire la rectification, ses efforts n'ont jamais pu aider la rotation. Pour rendre plus favorable la position de la tête, pendant qu'elle est encore mobile, la manipulation doit se faire à l'extérieur; il faut que la paroi abdominale soit relâchée et que les douleurs ne soient pas fortes. En prolongeant trop ces manœuvres, on peut laisser échapper le moment opportun de faire la version. On a plus de chance de réussir en cherchant à accélérer l'engagement; il est aisé de presser d'avant en arrière le bord sagittal du pariétal, qui fait saillie, à cause du chevauchement. Si cette manœuvre échoue, la tête reprend pendant les contractions suivantes sa position vicieuse, ce qui prouve qu'il ne suffit pas d'un mouvement en arrière de la suture pour faire engager la tête; si elle réussit d'emblée, la tête s'engage; probablement la douleur suivante serait arrivée au même résultat. La première méthode s'applique aux cas où le bassin est large, l'orifice utérin étroit, et le diagnostic précis, au début du travail; la seconde mérite d'être tentée avant l'application du forceps ou avant la crâniotomie.

Il ne faut employer le forceps que lorsque la tête a déjà exécuté sa rotation.

Lorsque l'orifice est suffisamment dilaté, la version serait toujours indiquée si elle ne risquait de produire une rupture de l'utérus; ce danger est d'autant plus grand si l'utérus est distendu d'un seul côté. Il ne faut la faire que lorsque cette distension est peu considérable.

On peut recourir à la perforation lorsque la version est contre-indiquée, alors seulement que l'état de la mère l'exige.

Rupture prématurée des membranes, par WEBER, de Saint-Pétersbourg. (*Alg. med. Central Zeitung*, 1879, n° 26-28.) — Pour Weber, le moment où les membranes doivent se rompre est celui où la partie qui se présente a pénétré dans le bassin et où l'orifice utérin a trois travers de doigt de diamètre. Si la rupture tarde, il ne faut pas intervenir sans indications précises, et quand l'orifice est complètement dilaté et que la tête est déjà fort avancée. Dans l'accouchement par le siège il faut encore être plus prudent; il ne faut pas crever les membranes avant que la terminaison de l'accouchement ne soit complètement entre nos mains.

La moitié environ des anomalies qui se produisent dans le cours du travail sont dues à la rupture hâtive de la poche ; et la cause extérieure la plus fréquente de la rupture prématurée est une intervention indiscrète. D'autres causes externes sont les chutes, les coups, les secousses, la crainte, certains médicaments.

Parmi les causes internes, Weber cite la minceur et la friabilité des membranes, l'hydramnios, qui surdistend le sac et favorise les présentations anormales, et l'accumulation d'une grande quantité d'eau au-devant de la tête fœtale.

La rupture hâtive laisse écouler trop de liquide, ce qui ralentit le travail et compromet la vie du fœtus en gênant sa circulation, et elle excite des contractions spasmodiques, souvent suivies d'inertie utérine. Dans les couches sèches les parties molles sont fort exposées à être lésées.

Une présentation occipitale peut ainsi être transformée en une présentation pariétale, directe ou oblique, et les présentations du siège peuvent se changer en présentations transversales; le cordon risque de faire procidence.

Il faut éviter de toucher fréquemment et sans précautions, faire tenir la parturiente tranquille et l'empêcher de faire des efforts; si la rupture s'est faite, il est utile, pour éviter un écoulement immodéré, de faire placer la patiente dans le décubitus latéral et d'introduire la pelote à tamponnement (colpeurynter). L'évacuation de l'urine modère le besoin de pousser.

Dr CORDES.

VARIÉTÉS

Nouveau spéculum. — M. le Dr P. Ménière (d'Angers) vient de présenter à la Société de médecine pratique un nouveau spéculum construit sur ses indications par M. Mariaud.

Cet instrument qui rappelle par sa forme et par son mécanisme fondamental le spéculum Cusco, en diffère essentiellement par la valve inférieure qui, à l'aide d'une vis de rappel placée à son extrémité vulvaire, peut être rendue *supérieure*, *égale* ou *inférieure* en longueur à la valve supérieure. Grâce à cette modification l'examen du col devient extrêmement facile dans les déviations ou flexions les plus grandes de l'utérus, alors que les autres spéculums ne permettent d'arriver au but qu'à force de manœuvres souvent dangereuses ou tout au moins fort douloureuses.



S'agit-il d'une antéversion, cas fréquent et dans lequel le col regarde la concavité du sacrum, on allonge la valve inférieure de 5, 10, 15. 20 millimètres suivant le degré de déviation révélé par le toucher préalable. Le spéculum est introduit fermé, *le manche en l'air*, et quand il a dépassé la vulve on l'entr'ouvre légèrement jusqu'à ce qu'il soit arrivé au col ; à ce moment les valves doivent être écartées de 3 à 4 centimètres et on s'arrange de telle sorte que la valve inférieure s'insinue entre le col et la paroi postérieure du vagin ; durant cette manœuvre, impossible à réaliser avec tout spéculum équivalve, la valve supérieure s'est dirigée vers le cul-de-sac antérieur et

on voit le col glisser doucement sur la rallonge, tourner sur son axe, et l'orifice cervical se présenter de lui-même au centre du champ d'exploration.

Dans la rétroversion on raccourcit au contraire la valve inférieure, comme le représente la figure ci-jointe, et on aura recours à un manuel opératoire inverse du précédent.

Enfin dans les latéroversions on utilisera la différence de longueur des valves en introduisant le spéculum *perpendiculairement* aux parois vaginales.

Hospice de Saint-Lazare. — M. le Dr Lepileur vient d'être nommé médecin de cet établissement. Nous sommes heureux de constater que cette nomination *s'imposait* autant par l'ancienneté des services, que par l'importance des travaux scientifiques de notre confrère.

A. L.

Enseignement médical libre. — M. Loviot, recommencera son cours théorique et pratique d'accouchements, le 14 juin.

Examen de femmes enceintes deux fois par semaine.

S'adresser pour les renseignements, au siège du cours, 10, rue Hautefeuille, de 4 heures et demie à 5 heures et demie.

Les *Annales de gynécologie* ont reçu :

Compendium des maladies des enfants, du Dr Johann Steiner, remanié et augmenté par les Drs Ludwig Fleischmann et Maximilien Herz; ouvrage suivi d'un formulaire magistral et officinal, traduit sur la 3e édition allemande, par le Dr P. Keraval, lauréat de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8. Prix, 12 fr. Chez Coccoz, libraire, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Les eaux d'Aulus. Revue clinique, par Alrig. In-8, 1880. Prix, 2 fr. 50. Chez Coccoz, libraire, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

De l'importance de l'hygiène dans la première enfance, par Piogen. In-8, 1880. Prix, 2 fr. Chez Coccoz, libraire, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Des affections auriculaires et de leurs rapports avec celles de l'utérus, par Baratoux. In-8, 1880. Prix, 1 fr. 50. Chez Coccoz, libraire, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

Le gérant : A. Leblond.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XIII

Janvier à Juin 1880.

O

P

Q

R

S

T

U

FIN DE LA TABLE

Paris — Typ. A. Parent, rue Monsieur-le-Prince 31.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XIV

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARNES (Fancourt), médecin de la Maternité de Londres.
BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agrégé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
CORDES (de Genève), prof. libre d'accouchem.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chir. en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., médecin des hôpit.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hôpitaux.
DEVILLIERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, chir. des hôp. de Paris, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELTT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRIN (Alphonse), chirurgien des hôpitaux.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
HERRGOTT (Alphonse), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Nancy.
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
HUE (Jude), de Rouen.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABAT, prof. d'acc. à l'éc. de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Édouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LEBLOND, médecin adjoint de Saint-Lazare.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
LUTAUD, médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (A.), médecin adjoint de Saint-Lazare.
MARTIN (Édouard), ancien interne des hôpitaux de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux.
PINARD, prof. agr. à la Fac. de med. de Paris.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, prof. agrégé à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hôpital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hôp. Lariboisière.
SLAVJANSKY, prof. agrégé d'accouch. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TARNIER, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hôpitaux.
TAYLOR (Robert), de New-York.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur du l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), prof. à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd., chir. de la Charité.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX

BIBLIOGRAPHIE DE FRANÇOIS ROUSSET.

Par E. Turner,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Membre honoraire de la Société anatomique, etc.

En ce temps d'ovariotomies et d'hystérotomies, il ne sera pas superflu de parler des œuvres de l'illustre auteur qui, avant la fin du XVIe siècle, a écrit le premier et en français sur l'enfantement césarien. D'autant plus que cette bibliographie a été fort mal faite dans tous nos dictionnaires d'histoire de la médecine et de la chirurgie depuis Eloy, et que la *Nouvelle Bibliographie générale* éditée par Firmin Didot a eu le tort grave de laisser dans l'oubli le nom même de François Rousset.

Cependant Haller, dans son admirable laconisme, le qualifie

de *Vir insignis* (*Bibl. chir.* I. 240). Né à Pithiviers (1), comme le dit avec raison La Croix du Maine, il commença ses humanités à Orléans (2) et alla les terminer à Paris, où, après avoir achevé ses études de philosophie, il fut pendant deux années auditeur assidu du fameux Jacques Sylvius. Il vint ensuite à Montpellier écouter les leçons de Rondelet, son président, de Saporta, son parrain (*hospes*), de Fontanon et de Schyrron, lecteurs royaux. F. Rousset donne lui-même tous ces détails. (*Responsio ad J. Marchant declamationem* p. 21, 22, 23. — *Dialogus apologeticus*, p. 19, 20). Reçu bachelier en médecine, il a subi ses examens privés et ses thèses publiques, et après les dix mois de leçons réglementaires il fut admis à la licence. Ceux qui ont dit qu'il avait été jusqu'au doctorat se sont trompés. Car, la peste régnant à Montpellier (c'est toujours Rousset qui raconte), il fut obligé avec d'autres de se retirer à Avignon, où il passa sept mois à enseigner et exercer la médecine. Grâce à l'amitié de Guillemeau d'Avignon, il fut admis dans la société des médecins de la ville. Il eut la bonne fortune d'y rencontrer le célèbre Valériola d'Arles, dont il devint aussi l'ami.

De là, il a été dans tous les endroits où il savait exister des praticiens fameux. Et revenu à Paris avec François Fontanon, fils de Denys, et quelques autres docteurs, aux leçons de Sylvius (3), à l'époque où ce dernier n'avait pas achevé son anatomie, il se décida, sur les conseils de son maître, à partir pour son pays (Pithiviers), *ad populares meos*.

C'est là que vivant en bonne intelligence avec les principaux médecins des villes voisines, et appelé dans les familles nobles et anciennes, il devint successivement le médecin de la duchesse de Ferrare, fille de Louis XII, puis des ducs de Nemours, de Catherine de Médicis, et enfin d'Henri IV. Il se dit encore,

---

(1) Nostre Pithviers (Enf. cæs., p. 14). *Ex nostratibus Pithiviricis* (ΥΣΤΕΡΟΤΟΜΟΤΟΚΙΑΣ, p. 43). Nostrate Adamo Alberico (id., p. 78).

(2) Enf. cæs., p. 58).

(3) Au collège royal de France.

un peu plus loin, p. 25, disciple de J. Houllier (1) et d'Akakia le vieux.

Après son stage à Valréas, en Provence, avec Nicolas de Villeneuve (Enf. cœs. p. 110 et 115) et son séjour à Paris, on le trouve exerçant la médecine dans son pays, dès 1556 (Enf. cœs. p. 19 et 20). « Eut bien le courage contre le gré de son mary de « se faire par mon conseil ouvrir, voire si hastivement après « avoir ouy la résolution, qu'elle ne voulut pas attendre le dit « Ambroise Lenoir, que je lui promettais envoier, comme jà ex- « périmenté en telle opération, *parceque je ne m'y pouvais trou- « ver, pour estre lors au lit grièvement malade*: mais y employa « le premier trouvé, qui fut Jean Lucas, jeune barbier... *Ce « fust le jour de Pasques mil cinq cent cinquante-six.* » Lorsqu'il était médecin ordinaire (2) du prince Jacques de Savoie, duc de Genevois et de Nemours (3), Fr. Rousset habitait très probablement Montargis. Il était déjà vieux quand il vint à Paris et fut nommé médecin royal. Cela nous conduit à rechercher l'époque de la naissance de Fr. Rousset, sur laquelle on ne s'accorde guère. Lorsqu'il revint à Paris auprès de son maître, on était tout au plus en 1554, puisque J. Sylvius est mort le 13 janvier 1555. Or, Fr. Rousset avait voyagé, après être resté sept mois à Avignon. Il était demeuré un an à Montpellier et il avait fait son stage à Valréas. Avec les deux années d'études premières chez Sylvius, on peut compter cinq à six ans. Il est donc très probable que Fr. Rousset a commencé ses études de médecine à 18 ans environ, en 1548, ce qui reporte la date de sa naissance vers 1530. Nous verrons qu'il était vieux et malade lors de la

---

(1) Le docte Houllier (Hollerius), précepteur mien (Enf. cæs., p. 127).

(2) Enf. cæs., préface.

(3) On sait que ce prince avait promis le mariage à Françoise de Rohan (cousine germaine de Jeanne d'Albret, mère de Henry IV), qui dès lors lui avait accordé ses faveurs. Bien qu'il en eût un fils, il ne tint pas sa promesse et épousa la veuve de François de Lorraine, duc de Guise, tué par Poltrot de Méré en 1563, Anne d'Est († 1607), fille de Rénée de France, duchesse de Ferrare, laquelle mourut en 1575.

publication de son dernier ouvrage en 1603. Il avait alors environ 73 ans.

Après ce que je viens de dire, on comprend pourquoi Fr. Rousset n'a pas pris d'autre titre que celui de médecin. Lorsqu'il a fait imprimer à Paris, chez Denis Duval, au Cheval-Volant, rue Saint-Jean de Beauvais, en 1581, son ouvrage in-8, intitulé : *Traité nouveau de l'hystérotomotokie ou enfantement cœsarien, qui est extraction de l'enfant par incision latérale du ventre, et matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher. Et ce sans préjudicier à la vie de l'un, ny de l'autre; ny empêcher la fœcondité maternelle par après, par François Rousset médecin*. Paris, 1581, in-8 de 228 pages.

L'exemplaire de la Faculté manque de ses dernières pages, on ne peut y voir cette déclaration intéressante qui se trouve à la fin du volume. « J'ai lu ce livre duquel l'invention touchant « l'enfantement dit cœsarien m'a semblé bien avérée par raison « et expérience, que je l'ai jugé digne d'être mis en publicq. « Seulement le lecteur sera adverti d'en user ès cas y allégués, « avec grande discrétion. Signé Henri de Nonantheuil, pro« fesseur du roy ès mathématiques et doyen de la Faculté de « médecine en l'Université de Paris. J'atteste ce que dessus : « A. Paré, J. Viard. »

Cette hystérotomotocie, dit Haller (loc. cit.), est un ouvrage hors ligne (*egregius est labor*), écrit judicieusement et avec vigueur (*cordate et mascule scriptus*) ; jusqu'alors, il n'avait paru rien de pareil (*cujus eo seculo nihil prodit similis*).

Fr. Rousset a dédié l'enfantement césarien au prince Jacques de Savoie, duc de Nemours (1531-1585). On y trouve ce passage : « Mais aussi serais-je ingrat envers Dieu et les hommes, et « traistre à mon estat mesme, si ayant avec son ayde descouvert « en fort long temps et par grand labeur, la vertu de ce nouveau « présent utile à tout le genre humain, je ne le revelois... » Et plus loin : « parcequ'il ne semble promettre que chose nouvelle, « peu oye, jamais escrite, mal aisément croyable, mesme presque « à qui la void : et conséquemment tenue jusqu'à huy pour im« possible, mesmement par les plus doctes et expérimentés mé-

« decins et chirurgiens des plus fameuses universités qui soient « en ce monde. »

Il dit dans la préface au lecteur : « Je n'avais entrepris au « commencement, que de mettre en écrit une simple histoire, « et quelques petites disputes que M. Paré et moy avions parcy « devant amiablement eües ensemble sur l'enfantement, que je « luy baptisais lors du nom de cœsarien ; et ce en style françois, « duquel il use plus volontiers en ses conférences, et escri- « tures. » Mais il a abandonné ce projet, et « pour ne laisser une telle utilité » il s'est mis à composer un grand traité en latin. Il pense ainsi avoir « satisfait à la plus part de ses contrarians. » Mais au moment de le publier, il a cru être plus utile « aux dames réduites à ce dernier refuge » de mettre « en cest « abrégé françois une bonne partie des principaux points de ce « plus long discours là... principalement voyant que nul de « ceux qui l'eussent pu mieux façonner que moy, après avoir « esté par moy-mesme semons à ce faire, n'y voulaient enten- « dre comme ils devaient, ains y résistaient comme à chose « absurde et impossible (*Allusion à A. Paré*). »

Ce petit in-8° de 228 pages mériterait une nouvelle impression. Haller a résumé très exactement (Loc. cit.) ce qu'il contient. Je signale tout particulièrement (1) le manuel opératoire placé à la fin du livre, p. 213. *Petit advertissement au chirurgien sur l'administration de cet œuvre cæsarien.*

Fr. Rousset a solidement établi du premier coup ce qu'on admet aujourd'hui, mais depuis quelques années seulement, après avoir essayé de faire prévaloir la symphyséotomie (Sigault 1777), la céphalotripsie, etc. sans parler de l'opposition ridicule de Sacombe à la fin du siècle dernier.

Les descriptions nettes et précises de l'hystérotomotocie ont fait regarder Fr. Rousset comme l'inventeur de l'opération césarienne chez les femmes vivantes. Mais il n'en est rien, elle

---

(1) Fr. Rousset a aussi proposé dans le même ouvrage la taille hypogastrique pratiquée déjà, mais fortuitement, par Franco, qui ne l'approuvait pas.

avait été déjà pratiquée autour de lui en Beauce, en Suisse et ailleurs, quand parut son ouvrage, et l'on ne peut savoir à quelle antiquité cette pratique peut remonter.

Le petit livre de Fr. Rousset a étéjugé si utile aux praticiens, qu'il fut bientôt traduit en allemand par le docteur Melchior Sebizius, de Silésie. Strasbourg, chez B. Jobin, 1583, in-8, de 165 feuillets. Il est à la bibliothèque mazarine au n° 29812.

La traduction latine de Gaspard Bauhin ne vient qu'après. Elle parut pour la première fois à Bâle, en 1586, dans le tome deuxième des *Gynæciorum sive de Mulierum affectibus commentarii græcorum, latinorum, barbarorum jam olim et nunc recens editorum*. 4 vol., in-4. Et voici comment. Le typographe Walderich, voulant donner une seconde édition du recueil de Gaspard Wolf publié (avec le même titre) à Bâle, 1566, in-folio, chargea G. Bauhin d'y ajouter un autre volume. Il en fut ajouté trois au lieu d'un. Le tome deuxième *Gynæciorum phisicus et chirurgicus*, etc., comprenant les ouvrages nouveaux ou non encore édités en Allemagne, est divisé en deux sections. C'est dans la seconde que se trouve l'hystérotomotocie de Fr. Rousset (υστεροτομοτοκια *quam ex gallico latinam feci*, dit G. Bauhin dans sa dédicace aux princes Ernest-Frédéric, Jacques et Georges-Frédéric, fils du duc Charles de Bade, datée de Bâle, le 8 février 1586. Dans la préface au lecteur, il dit encore que, pour faire cette traduction il a laissé de côté ses autres travaux (*propriis studiis relictis*). En tête de la traduction latine, p. 486, une autre petite préface de G. Bauhin renferme ce renseignement précieux : « J'avais la version allemande, mais j'ai mieux aimé « suivre la française ». (*Germanicam quidem versionem vidi, ceterum gallicam sequi malui*). Ainsi la traduction en allemand de 1583 existait quand Bauhin a fait sa traduction latine. Donc tous ceux qui, en copiant Haller, annoncent invariablement une première édition de la traduction latine en 1582, se sont trompés. Et, chose curieuse, ils ont dû reproduire une faute d'impression : 1582 pour 1586. C'est d'autant plus croyable, que cette dernière date est donnée par Haller, un peu plus bas.

Bauhin dit ensuite que, s'il avait eu le temps, il aurait ren-

du la chose plus claire par ses propres observations, (*plurimis historiis ex privata observatione rem illustrassem*). « Car pour ce « qui est de l'extraction du fœtus par le côté, nous en avons un « exemple en Suisse. A Steckboren, dans le canton de Turgovie, « il y a environ 18 ans, un homme qui avait l'habitude de faire « la castration sur les animaux tira du ventre de sa femme, qui « ne pouvait accoucher, un fils par l'incision latérale. La mère « guérit et l'enfant parvint à l'âge de 18 ans. Je ne sais s'il est « encore vivant. De même, comme l'établit Rousset (*ut auctor « statuit*), l'ouverture de la vessie n'est pas nécessairement mor« telle, ce qui peut paraître faux et absurde à ceux qui jurent « par Hippocrate, mais démontré par les faits que j'ai observés. « Il ne manque pas non plus d'exemples de fœtus putréfiés dans « l'utérus (1). J'aurais pu aussi ajouter plusieurs cas de superfé« tation. Mais j'ai réservé tout cela pour un meilleur moment, « afin de ne pas augmenter le livre plus que de raison. Enfin « j'y aurais joint l'enfant pétrifié de la ville de Sens, comme l'a dé« crit le célèbre Aliboux. (*Tandem et lithopædium urbis Senonen« sis subjunxissem ut clarius.D. Albosius conscripsit.* Mais comme « son histoire sera imprimée dans le tome troisième, j'ai mis « seulement la planche avec l'épigramme. Celui qui voudra lire « cette histoire pourra la trouver dans le troisième volume.

« Comme je finissais la traduction de ce traité de Fr. Rousset, « dit Bauhin à la page 563, j'ai reçu une lettre de Jean Aliboux, « médecin à Sens, avec lequel je n'avais eu auparavant aucune relation amicale, mais il était souvent question de lui dans « l'hystérotomotocie. G. Bauhin a voulu insérer du moins la « lettre de J. Albosius, datée de Montbéliard, 20 décembre « 1585. Et l'hexastichon suivant :

AD FRANCISCUM ROUSSETUM JOAN. ALBOSIUS.

Qui vicit Pœnos, cuique Africa subdita, dictus
A cœsâ Cœsar parturiente fuit.

(1) On ne connaissait pas alors la grossesse extra-utérine.

At quæ viventem fœlix exclusit ab alvo
Fœtum, eodem matrem sustulit ægra dies.
Quanto hac Lucina es major, Roussete ? Supersunt
Ingenio fœtus, fœtaque cæsa tuo.

Puis la planche et l'épigramme: *In iconem lithopædii.* Quant au fait extraordinaire de J. Aliboux (1) avec l'explication de Simon de Provenchères, aussi médecin à Sens, Bauhin renvoie le lecteur à la fin des commentaires de Maurice Cordæus sur le premier livre des maladies des femmes, d'Hippocrate (p. 504 à 512, t. III, *Gynæciorum*, etc.)

Deux ans après fut imprimée à part la traduction latine de G. Bauhin avec l'appendice des faits qu'il avait signalés dans la préface de l'ouvrage précédent. Il y a joint le *portentosum lithopædium J. Albosii.*

ΥΣΤΕΡΟΤΟΜΟΤΟΚΙΑ *Francisci Rousseti gallice primum edita nunc vero Caspari Bauhini medicinæ doct. et profess. in acad. Basiliensi operâ latinè reddita*, etc. Bâle, 1588, in-8 de 272 pages, comprenant: 1° l'hystérotomotocie de Fr. Rousset traduite en latin ; 2° L'appendice où G. Bauhin accumule les faits qui viennent à l'appui de ceux que contient le livre de l'enfantement césarien. Là se trouvent aussi l'autopsie d'un corps sans foie ni rate et la guérison d'une blessure de l'intestin, avec la description de la fameuse valvule découverte en 1579 ; 3° *Lithopædion Senonense*, c'est-à-dire l'observation d'un fœtus resté pendant 28 ans dans l'utérus, pétrifié, et retiré de l'utérus après la mort de la mère, par Jean Aliboux, médecin français, avec l'explication des causes probables de cette induration.

Dans une longue dédicace « au généreux et illustre comte Georges, Burgrave de Kirchbourg, seigneur de Farnrod en Thuringe », Bauhin fait l'histoire des opérations césariennes après la mort de la mère depuis les temps fabuleux. A la fin il

(1) Il avait eté publiée en 1582 avec ce titre : *Portentosum lithopædium sive embryon petrefactum urbis Senonensis.*

parle d'un Antoine Fabrice, *son précepteur* et son collègue actuel, qu'on a confondu avec Jérôme Fabrice d'Aquapendente. Elle est datée de Bâle, *pridie Kalendas Augustæ* 1588.

Je n'ai pas à insister sur les éloges en vers en tête desquels est placé l'hexastichon de J. Aliboux à Fr. Rousset, déjà cité; ni sur l'appendice au sujet de la découverte de la valvule, p. 176. (Voir Bibliographie anatomique de G. Bauhin, *Progrès médical* 1880) ; ni p. 241, sur le petit traité du fœtus pétrifié de J. Aliboux avec la préface au lecteur datée de Sens, Ides d'octobre 1582, imprimé avec l'image, etc., tel qu'il avait paru à cette époque. Je recommande seulement la série de pièces de vers qui ont été composées sur ce fait extraordinaire, et en particulier : *Jocus puerilis Petri Albosii impubis ad patrem observantissimum Joan. Albosium medicum, de ejus lithopædion.*

Je dois noter ici que la façon dont la date 1588 est imprimée dans ce livre, MDXIIC, a fait commettre une erreur à plusieurs de ceux qui l'ont examinée trop à la légère. Ils ont vu 1592, et ont mis ainsi à tort au compte de Bauhin, pour cette année-là, une édition de la traduction de l'hystérotomotocie qui n'existe pas.

Tout le monde n'avait pas adopté comme Bauhin le livre de Fr. Rousset. Approuvé par la Faculté de médecine de Paris, l'enfantement césarien avait trouvé de nombreuses oppositions dans la corporation des chirurgiens de saint Côme. Ambroise Paré lui-même n'avait pas modifié son dire en donnant, en 1584, l'édition définitive de ses œuvres complètes. On lit, en effet, au livre de la génération, à la fin du chapitre XXXVIII : « Or je « m'esmerveille comme d'aucuns veulent affirmer avoir vu des « femmes auxquelles, pour extraire leurs enfants, on leur avait « incisé le ventre, non seulement une fois, mais plusieurs: car telle « chose par raison m'est du tout impossible à croire, entendu « que pour donner issue à l'enfant, il faudrait faire une grande « plaie aux muscles de l'épigastre (1), et pareillement, à la ma-

(1) La paroi du ventre.

« trice, laquelle étant imbue d'une grande quantité de sang, et « y faisant une division si grande, il y aurait une très grande « hémorrhagie, dont la mort s'ensuivrait. D'avantage après avoir « consolidé la playe, la cicatrice ne permettrait après à la matrice « de se dilater pour porter enfant. Il y a encore d'autres acci- « dents qui en pourraient advenir, et le pis, une mort subite de la « mère : et partant je ne conseilleray jamais de faire telle œuvre « où il y a si grand péril, sans nul espoir. »

Ce passage a été pour Malgaigne (Œuv. compl. d'A. Paré, t. II p. 719.) l'occasion d'une note très intéressante sur l'hystérotomotocie de Fr. Rousset. On y trouve cette citation de *l'Heureux Accouchement* de Jacques Guillemeau (1[er] avril 1609 p. 333.) « Aucuns tiennent que telle section cœsarienne se peut et « doit practiquer (la femme estant vivante) en un fascheux ac- « couchement : ce que je ne puis conseiller de faire, pour l'avoir « expérimenté par deux fois, en la présence de Monsieur Paré, « et veu pratiquer à MM. Viart, Brunet et Charbonnet, chirur- « giens fort experts ; et sans avoir rien obmis à la faire dex- « trement et méthodiquement : toutefois de cinq femmes, aux- « quelles telle opération a esté faicte, il n'en est reschappé aucune. « Je sçay que l'on peut mettre en avant qu'il y en a qui ont esté « sauvées ; mais quand cela serait arrivé, il le faut plustot ad- « mirer que practiquer ou imiter ; d'une seule arondelle on ne » peut juger le printemps, ny d'une seule expérience l'on ne « peut faire une science.

« Après que Monsieur Paré nous l'eust faict expérimenter, et « voyant que le succès en estait malheureux, il s'est desisté et « retracté de cette opération, ensemble tout notre college des chi- « rurgiens jurés à Paris, et la plus saine partie des docteurs ré- « gens de la Faculté de médecine à Paris ; lorsque cette question « fut suffisamment agitée par feu M. Marchant, en ses deux dé- « clamations qu'il fit, lorsqu'il eut cet honneur de passer chirur- « gien juré à Paris. » (Bibl. nat. Té 121. 13.)

Après la mort de Jacques de Savoie, arrivée en 1585, Fr. Rousset était probablement venu se fixer à Paris. Il était en butte à de vives attaques. Pour y répondre d'un seul coup, il éleva, comme

il le dit au commencement de sa préface au lecteur, « un nouveau monument à son hystérotomotocie, » bien plus détaillé que le premier, plus affirmatif encore et contenant des faits nouveaux. C'était l'ancien ouvrage en latin, dont il avait tiré son abrégé en français, qu'il publiait maintenant revu, corrigé et augmenté de dissertations ou notes sur différents sujets reportées à la fin du livre. Il y a ajouté encore un petit poème sur les causes de la pétrification du *Portentosum lithopædium Senonense Joannis Albosii*.

Je ne puis me dispenser de reproduire en entier, malgré sa longueur, le titre de ce nouveau livre de Fr, Rousset.

ΥΣΤΕΡΟΤΟΜΟΤΟΚΙΑΣ (*id est*) *Cæsarei partus assertio historiologica. Pars medicæ artis interdum naturæ extrema patienti, per quam necessaria. In qua agitur de opificio chirurgo humani ortus, aliter fausté succedere nequeuntis quam per ventris materni solertem incisionem, sospite cum suo fœtu matre ipsa* (1).

Item fœtus lapidei vigeoctennalis causæ. Cur nasci non potuerit. Cur per vigintiocto annos in utero retentum non putruerit. Cur in lapidem obduruerit. Fr. Rosseto authore (2). Paris, chez Denis Duval, 1590, in-8 de 596 pages, qui se trouve à la Bibl. nat. Te. 124. 4.

Haller ne connaissait de Fr. Rousset que le premier ouvrage en français, l'hystérotomotocie. *Posteriores libros non vidi*, a-t-il soin de dire (Bibl. chir. I, 240.). Aussi ne doit-on pas s'étonner beaucoup qu'il ait fait quelque confusion dans une énumération d'ailleurs incomplète. Mais que dire de ceux qui ont copié « *Assertio historica et Dialogus apologeticus pro Cæsareo partu*. Paris, 1590, » sans autre explication ! De cette double indication, à peu près exacte mais trop brève dans Haller, ils ont

(1) De cette dernière phrase, quelques bibliographes négligents ont fait un titre particulier pour la traduction de Bauhin.

(2) L'auteur rétablit l'orthographe latine de son nom, que Bauhin avait écrit *Rousseto*.

fait un seul ouvrage, et ont ainsi laissé tomber dans l'oubli l'œuvre capitale de Fr. Rousset.

Cet in-8 très compact ne sera jamais aussi facile à lire que l'abrégé en français qui en a été tiré ; mais il faut qu'on sache qu'il existe, que ce n'est point une traduction de l'ouvrage français comme quelques-uns l'ont cru.

Certains sujets y ont été développés à part sous forme de notes à partir de la page 451. C'est là aussi que nous voyons les premières manifestations de la verve poétique de Fr. Rousset, qui à cette époque donna de nombreuses productions en vers distiques et hexamètres.

Il songe d'abord à ses « contrarians », p. 451. *Pro nobis apologeticum ex Hippocratis lib. de arte adversus mordaculos calumniatores.* Une première pièce ds vers avait été adressée par lui, *versiculis ludens*, aux calomnies de ceux qui ne trouvent bien que ce qu'ils font. Il leur rappelle maintenant le passage d'Hippocrate, qui semble emprunté au viel Hésiode, qu'il cite et qu'il traduit ensuite librement en vers distiques, c'est une sorte de préface au lecteur.

1° *Paradoxon de venarum et nervorum prima ex corde origine* p. 454. Après une exposition en prose, il traite le sujet en 8 pages de vers hexamètres.

2° *An uteri in se post sectionem Cœsaream contracti et ob id parcius cruentantis ac sponte sua sine suturis uniti, consolidatio prima naturæ intentione fiat. Ac primum cur primæ intentionis unio dicatur, quidque ea sit, et quomodo a secunda differat.* p. 465. Cet intéressant sujet comme les suivants est traité en prose.

3° *Ad doctissimum optimumque virum D. Denysotum d. m, p. Cur infra novem et supra quatuordecim annos Cystotomia a veteribus intacta fuisse scribitur* (p. 477). Fr. Rousset démontre que cette singulière prescription est due à une faute d'impression qui s'est glissée dans les textes.

Problema de arcigero Mudonensi, p. 482. Les chroniques de Monstrel et nous apprennent qu'un archer de Meudon, condamné à être pendu, était atteint de la pierre. Les médecins de Paris

obtinrent du roi et du parlement de pratiquer sur lui une opération nouvelle, dit-on, à cette condition que, s'il survivait, il aurait la vie sauve et de plus une gratification de l'Ecole. Les intestins remis en place et la plaie suturée, dit l'historien, il guérit. A. Paré raconte la chose un peu différemment, au chapitre 16 du livre des Monstres. Mais n'importe. François Rousset se demande tout d'abord si le calcul a été extrait de la vessie ou des reins. « A-t-on fait dès lors la taille hypogastrique « dont s'est servi Franco et que nous proposons ? dit Rousset. » Suit une longue discussion, fort intéressante.

Il n'en est pas de même d'une plus longue encore qui commence à la page 493. *Fœtum in utero menstruis si non totis, saltem parte eorum puriore ali, eorumque alteram illam minus puram*, etc.

L'ouvrage est terminé par *Scleropalœcyematis* (1), *sive lithopædii senonnseis, id est fœtus lapidei vigeoctennalis causæ, Fr. Rosseto auctore*, p. 509. Après une préface en vers distiques au lecteur, et une invocation à la Muse, en vers hexamètres, Fr. Rousset expose dans un avant-propos le sujet du petit poème qui va suivre. C'est avec de très légères modificafications, le récit du fait extraordinaire de J. Aliboux, publié pour la première fois dans les commentaires de Cordœus, avec l'opinion de Simon de Provenchères. Il ne croit pas nécessaire de donner l'opinion de l'auteur ni celle de S. de Provenchères. Il résume en trois pages la sienne, qui est développée ensuite dans le petit poème en vers distiques (2). C'est un dialogue en-

---

(1) σκληρος, dur, παλαιος, ancien, κυημα, embryon. Fr. Rousset avait autant de plaisir à forger des mots nouveaux qu'à versifier.

(2) Jugez de la surprise qu'on éprouve, quand on voit M. Chéreau (*Parnasse médical français*), dans un article d'ailleurs plein de fautes de toute sorte, faire de *scleropalæcyematis.... causæ*, un poème satirique. Dans le *dialogus apologeticus* même, Fr. Rousset s'est montré poète satirique seulement par occasion. Il ne l'a été tout à fait que huit ans après, en 1598, dans les petites pièces échangées avec son ennemi acharné, Jacques Marchant. Il est bien plus connu, au contraire, par les vers élogieux qui se trouvent en tête des ouvrages

tre *Pirologistes* et *Palæomanes*, (de la page 527 à la page 596.)

Fr. Rousset est alors en pleine veine poétique, comme le montre la pièce qui suit. (Bibl. nation. Te. 124. 5.)

La même année parut, en effet, mais non dans le même volume : *Dialogus apologeticus pro cæsareo partu, in malevoli cujusdam pseudoprotei dicteria* (1), *Fr. Rosseto auctore*. Paris, chez D. Duval, 1590, in-8 de 56 pages. Après cette préface *Ad candidioris notæ chirurgum*,

Sic tibi sidereo fœlice Machaone cedat,
Chirurgema precor lector amice novum,
Ne mihi sit fraudi (tot contra obstantibus) orbi
Dum prodesse volo consuluisse tibi.

Vient le dialogue en vers distiques. Les interlocuteurs sont *Zozometer* et *Catagelastes*. Le premier dit, page 4 :

Detrahe personam. Peregrinos fallere tali
Larva, sed pueros terrificare potes.

Ce petit poème dialogué, analogue au précédent, n'a pas moins de 50 et quelques pages.

Ici l'on doit placer *Gynæciorum sive de mulierum affectibus... libri, operâ Israelis Spachii, d. m. et prof. Strasbourg*, 1597. *Sumptibus Lazari Zetzner*. Cet in-folio est la reproduction exacte

---

d'André Dulaurens, de Gaspard Bauhin, de Jean Aliboux (Albosius) et autres médecins de son temps.

Des trop nombreuses fautes d'impression je ne relèverai que *Senensis* pour Senonensis. Mais pourquoi avoir changé le nom de Rousset en Rosset ? Pourquoi dire qu'il a composé des ouvrages « pour défendre l'opération césarienne (quand c'est lui qui a établi l'hystérotomotocie ou enfantement césarien), ouvrages qui lui ont valu tant d'injures de la part de ses contemporains ». Cela se borne aux railleries contre les chirurgiens de saint Côme qui soutenaient leur collègue Jacques Marchant. Fr. Rousset se complait à objecter à son adversaire les approbations flatteuses qu'il avait reçues d'un grand nombre de médecins de Paris et de Montpellier (Voir *Brevis apologia*, p. 7 et suivantes).

(1) Ce sont les railleries de Jacques Marchant, chirurgien juré. La querelle avec le faux Protée reprit ouvertement en 1598.

des ouvrages contenus dans les quatre volumes de G. Bauhin publiés à Bâle, en 1586. On y trouve la traduction en latin de l'hystérotomotocie de Fr. Rousset, à la page 394.

Brevis apologia pro cæsareo partu in dicacis cujusdam in pulvere pædagogico chirurgicali theatralem invectivam. Ejusdem argumenti carmen apologeticum. Authore Fr. Rosseto. Paris, chez Denis Duval, 1598, in-8 de 13 pages.

Qu'il me soit permis d'abord de faire remarquer ici combien on peut se tromper quand on se contente de regarder un livre sans le lire. Eloy (*Dict. de la méd. anc. et mod.*) consultant l'article de Haller sur Fr. Rousset, ne voit pas que l'Eloge placé au-dessous de *Brevis Apologia* s'adresse non point à ce livre, mais à l'hystérotomotocie, et alors il dit au hasard cette énormité : « Le judicieux Haller paraît faire grand cas de cette « apologie. » M. A. Dureau (*Dict. encycl. des Sc. méd.*, 3e série, t. V, p. 503, 1877) se trompe aussi quand il écrit : « Cette der« nière plaquette, qui aurait été publiée par Rousset sous le « voile de l'anonyme, serait une réponse à une critique en vers « signée Marchant. » La plaquette en question se trouve à la Bibliothèque nationale avec celles qui vont suivre. Elle porte *Fr. Rosseto auctore*. Ce n'était pas non plus une réponse à une critique en vers de Jacques Marchant, puisqu'il y a *theatralem invectivam.*

Dans cette petite pièce, Fr. Rousset, devenu vieux (1), dit en commençant qu'il aurait tort de rester plus longtemps sans répondre aux railleries et aux calomnies débitées *atrociter ac publice*, devant une petite assemblée (*senatulo*) de célèbres chirurgiens par *neophytus ille chirurgulus.* On croirait qu'il a menti et qu'il déserte sa cause. Deux points, dit-il, ont été attaqués à grand renfort de paroles inutiles. Quant aux faits, on s'en moque : *in eos nil nisi risus effundit*, *etc.*, *etc.* Suit la longue énumération de ceux qui ont approuvé son livre, p. 7 et 8. A la page 11, *Authoris Carmen*, savoir : 14 vers hexamè-

(1) Ce qui prouve, en passant, qu'il n'est pas né dans la deuxième moitié du XVIe siècle, mais dans la première.

tres avec ce post-scriptum : *Ex opprobrioso Brutini spectaculi « proscenico reversus pro suo Cæsare vindex dictabat.* A la page 12, *Ejusdem ex suo vigeoctennalis senonum fœtus semisaxei tractaculo ad calumniatorem*, une page de distiques. Enfin, à la page 13 et dernière, la conclusion. Fr. Rousset en appelle au jugement de Du Laurens : « Unus pro omnibus regio- « rum archiatron alter, Laurentius ille mihi in te Palœmon (1) « veniat. Cujus anatomen, fœcundum medici corporis specimen « non legisse quis tibi pudor, aut si legisti, ejus de meo Cœsare « sententiæ, non acquieisse, quœ tua est insolens impudentia? etc. » On peut voir le passage de Du Laurens, p. 446 des *Opera anatomica* , Lyon, 1593, in-8, (*Bibl. de l'Ec. de méd.*, nº 31557.)

La réponse de J. Marchant ne se fit pas attendre : *In Franc. Rosseti apologiam, Jacobi Marchant, regis et parisiensis chirurgi declamatio quæ* παράδοξον *de cæsareo partu impugnatur.* Paris, chez Nicolas Delouvain,1598, in-8 de 47 pages. Il traite Fr. Rousset de vieillard décrépit et continue à le railler. D'ailleurs (p. 5), la petite discussion première avait eu lieu *privatis nostræ scholæ parietibus.* Il ne pouvait se dispenser de parler, lui qui depuis dix ans avec son père faisait presque tous les accouchements difficiles de la ville. Après une longue discussion des faits qu'il rejette, il cite les opérations césariennes tentées sans succès dans les hôpitaux de Paris par A. Paré et d'autres chirurgiens illustres. Quant au mot hystérotomotocie, il le trouve mal fait et préfère hystérotocotomie (p. 19). Je ne suis pas de cet avis. Enfin, il ne peut pas ne pas déplorer que Fr. Rousset à la fin de sa carrière se soit occupé de moyens aussi inutiles, et qui plus est condamnables (p. 31), et conclut (p. 36) en disant ; *Sic prudentis esse arbitror, difficili licet in partu, nunquam tuam* υστεροτομοτοκιαν *tentare.*

Jacques Guillemeau se joint à Marchant pour accabler

(1) Grammairien latin, né à Vicence, d'un esclave, enseigna à Rome sous Tibère et Claude. On a de lui un précieux traité *De ponderibus et mensuris*, Leyde, 1587 (Bouillet).

Fr. Rousset (p. 37). *Jac. Guillemœus regis et parisiensis chirurgus Francisco Rosseto.* Dès le commencement, on voit sur quel ton était la discussion. *Vehementer mirari non desino cur hic cholera morbus tam copiosa bilis eructatio, hoc juvenile incendium tua languida et exanguia membra corripuerit.* En somme, il finit par donner à Rousset ce conseil d'ami, de reconnaître son erreur. Les plus grands hommes se sont trompés, Hippocrate lui-même. Qu'il se souvienne de la parole de L. Duret, à propos d'une opération faite naguère *tuo modo* par A. Paré : *In ipsis carnificium manibus animam expiravit* (p. 43).

Pour imiter Rousset, J. Marchant termine sa déclamation par deux pièces de vers (p. 45). *In Francisci Rosseti librum . de cœsareo partu Ja. Marchant carmen* (38 hexamètres), p. 47. *Ejusdem pro regio chirurgorum parisensium collegio* (15 hexamètres).

Fr. Rousset fit une double réponse à Marchant et à Guillemeau sous ce titre : *Francisci Rosseti Responsio ad Jacobi Marchant declamationem*, Paris, chez Denis Duval, 1598, in-8 de 31 pages. Il maintient ce qu'il a dit : « J'ai écrit, sans vous nommer, que vous étiez un railleur (*dicacem*) p. 4. Est-ce que votre déclamation insensée prouve que vous soyez autre chose? (*an te esse alium insana declamatio tua indicat?*) J'ai ajouté petit chirurgien (*chirurgulum addidi*), de la poussière pédagogique plutôt que de l'arène chirurgicale et médicale, comme en fait foi votre ridicule métamorphose grammaticale du mot *hysterotomotocie* en *hysterotocotomie.* Vous vous plaignez aussi de ce que votre invective ait été appelée théâtrale (p. 5), quand vous êtes venu le premier avec grand effort devant une assemblée d'hommes célèbres convoqués tout exprès. « Je loue la façon dont vous avez magnifiquement orné la scène, mais personne ne niera que c'était un théâtre. » Enfin, traduisant Marchant par *Mercator*, il lui dit qu'il s'était occupé d'étaler sa marchandise... Aussi Rousset a-t-il demandé d'autres juges.

Avant d'arriver à des choses plus sérieuses, il rappelle encore les vers qu'il a publiés dans son grand traité de l'hystérotomotocie en latin et dans son dialogue apologétique contre les Pro-

tées semblables à lui. Inutile de les répéter. Personne ne peut se dispenser de les approuver. Il reprend alors les faits un à un et réfute sans trop de gros mots les assertions de son adversaire : la vérité est immuable. Puis, faisant allusion aux paroles de son collègue Guillemeau, que son César était à moitié mort et enterré, il dit en terminant, p. 15 : *Ecce Mercator, vidi* (*Sic*) *semimortuum* (*ut sperabis*) *et semisepultum* (*ut socer tuus præpropere jactitabat*) *nunc reviviscere Cæsarem meum, cujus carnifex, aut saltem Vespillo* (1), *esse speraveras. Vale.*

La réponse de Rousset à Guillemeau (*Rossetus Guillelmæo*), p. 15, commence ainsi : « Qu'ai-je fait dans toute mon apologie, ou autrement, Guillemeau, pour que vous ayez écrit contre moi si durement ? » Ils m'ont condamné, ils vont même jusqu'à nier l'opération faite à Nangeville ! Est-ce qu'il n'y a pas de quoi se mettre en colère ? (*Exprobrans quod senex, exsanguis et aridus* (*quin addis etiam capularis et silicerniosus*) *irascar?* Et il ajoute : *Atqui, bone vir, ut et formicula sua ira, et quod ais apes, quamvis mellifluæ suos habent aculeos, capillus* (*adde etiam fumum*) *suam umbram*, p. 18. Tout ce morceau est plein d'une véritable éloquence. En finissant, il remercie Guillemeau de n'avoir pas désespéré de voir renaître leur ancienne amitié.

Puis Rousset s'adresse aux chirurgiens : « *Franciscus Rossetus pileatorum chirurgorum ordini*, p. 20. » Il faut maintenant répondre à vos vers qui viennent de la même source que les autres. Je ne sais s'ils sont de Marchant, je n'en ai cure, mais je reconnais qu'ils sont d'un poète de riche veine (*divitis venæ*).

« Ce qui me blesse le plus, dit ensuite Rousset, c'est qu'une « sorte de parricide, un Brutus français, essaye de percer de son stylet mon César français, comme autrefois le Brutus ro- « main avec ses complices, etc. Vous étiez là pour rire, si vous « ne conspiriez pas, et quand j'ai dit *spectaculum Brutinum*, je « ne vous ai pas appelés brutes. » Ils ne se sont pas occupés de mon hystérotomie, mais ils ont audacieusement avancé

(1) Croque-mort des pauvres qui ensevelissait le soir.

que je n'avais pas l'honneur d'être médecin et que je n'étais pas digne de ce titre.

Et là, il détaille toute sa vie d'études, p. 21, 22, 23. Puis s'écrie victorieusement : « Après cela, braves gens (*boni viri*), « vous semble-t-il que je sois entré furtivement dans le corps « médical? Est-ce parce que je n'ai pas mis le titre de docteur « au frontispice de mon livre que vous me refusez l'honneur « d'être médecin, quand j'ai professé dans ces deux écoles célè- « bres, et exercé heureusement, grâce à Dieu, la médecine jus- « qu'à présent. Gardez pour vous la déclamation d'un individu « d'abord médicalement baccalauréatisé, puis magistralement « doctorifié, maintenant royalement chirurgifié, etc.; je ne vous « envie pas ces oripeaux et je souffrirai patiemment d'être, « comme vous le dites, *inglorium*, dédaignant les glorioles. Le « peuple vous donne une épithète plus modeste dont vous de- « vriez vous contenter, etc., p. 24. » Il leur avait déjà dit tout cela et il cite des fragments du *Dialogus apologeticus* qui se trouvent aux pages 29, 40 et 41, puis il reprend, page 28. « Mais « vous, les heureux, qui vous glorifiez d'être de fidèles chirur- giens du premier choix, presque des docteurs, etc. » et il leur adresse 20 hexamètres satiriques.

« En voilà un peu plus que je n'aurais voulu, dit-il en finis- « sant, p. 28, mais votre Erinnys a excité ma Némésis. Que « cette dispute soit jugée par les savants docteurs de cette uni- « versité auxquels j'ai dédié mon hystérotomotocie, etc. »

Cette pièce se termine par 16 hexamètres : *Cæsaris ad suas et matris mastigas* χλευασμος p. 29, et par de nouvelles citations *ex authoris Dialogo*, prises aux pages 27, 24 et 42. Malgré l'erreur de mise en page, on voit que la date 1598 se trouve à la dernière page, à l'endroit où est d'habitude le mot FIN.

Jacques Marchant eut le dernier mot. *Jacobi Marchant regii et parisiensis chirurgi declamatio III in Franc. Rosseti* παραδοξον *de partu cæsareo.* Paris, chez Nicolas Delouvain, 1599, in-8 de 31 pages. Cette troisième *déclamation* ne prouve rien de plus que les autres, ce n'est que moqueries et injures. En somme, J. Marchant nie la possibilité de l'opération césarienne. Il in-

voque Hippocrate, Galien, Celse, (p. 16); mais il se garde bien de parler des médecins qui ont approuvé le livre de Fr. Rousset. Il croit vraiment qu'il n'y en a jamais eu, *rara avis*; à cette époque, c'était le corbeau blanc (p. 17). Voici les sarcasmes dont il accable le malheureux vieillard: « Vous qui êtes sans « occupations depuis tant d'années, que ne faites-vous vous-« même votre célèbre hystérotomotocie? p. 18. *Audaces for-« tuna juvat*, etc. » Mais, d'ailleurs, elle est inutile. Ambroise Paré dit qu'une femme atteinte de suffocation de matrice fut reveillée à la première incision des parois abdominales et qu'elle accoucha ensuite naturellement (Notez que ce n'est pas le cas). « Les médecins de Paris ne sont pas de votre avis. Les chirur-« giens fuient votre opération césarienne comme la peste et s'en « gardent comme d'une bête malfaisante. Qu'avez-vous opposé « à l'autorité de Jean Duret et de son père, fidèles disciples « d'Hippocrate? Il suffit, dit-il, que nous ne l'àdmettions « pas. Quel remède ne vaudrait mieux que l'hystérotomotocie. » Et là-dessus il cite plusieurs cas de distocie pour lesquels Fr. Rousset ne l'a pas proposée. Puis il continue: « Votre « hystérotomotocie est contraire à l'art, à la raison, etc. Car les « mauvais conseils doivent être punis même quand ils sont « suivis d'un bon résultat. (*Nam prava consilia puniuntur, licet « eventus sit felix.*) Chez les Carthaginois, etc., p. 27.

La raillerie de J. Marchant n'a pas de mesure. « J'ai essayé, « dit-il (p. 28), d'arrêter les torrents écumeux de votre apologie « satirique par le doux murmure de ma déclamation... Dans le « cours de votre vie, vous n'avez inventé que deux choses, « l'opération césarienne et la taille hypogastrique, qui rappel-« lent les funérailles et la triste image de la mort. » Il revient de nouveau à la critique du mot hystérotomotocie, dont la terminaison ne lui paraît « ni agréable, ni grecque, p 29, » pour arriver à cette conclusion: « Je veux que vous sachiez que « mon désir est que votre informe César et le nom de votre « opération césarienne soient mis dans le même tombeau. « *Gaudeat cognomine terra*. Il est là, votre cher César, non « plus à demi mort comme autrefois, mais tout à fait mort.

« (*extinctum*). Ce n'est pas par Brutus qu'il a été frappé, mais « par la pluie de traits que lui a envoyés la médecine, qui se « venge justement, etc. »

Jacques Marchant prend même plaisir à faire cette épitaphe, p. 31 :

Tumulus Cæsaris, imo verius cæsarei partus.

Quis jacet hic ? Cæsar. Num qui tibi subdidis orbem,
  Nil minus, ast patria cæsus ab arte puer.
Heu ? Puer infælix, matris de funere natus :
  Cui vitam infaustam, dat moritura parens.

Trois pages ajoutées à cette plaquette, avec une pagination différente, contiennent encore trois pièces de vers :

Ejusdem Ja. Marchant in quoddam F. Rosseti ostentum carmen, deux pages d'hexamètres.

Pro regio parisiensium chirurgorum collegio epigramma.

Ordinis es cujus, rogo, dic, Rossete, vel artis ?
  Si medicorum (inquis) te suus ordo negat :
Nec tu donatus lauro, titulove nudentum,
  Et furtim exerces, quod titulo ipse nequis :
Sed tu dum scindis miseros per frusta parentes,
  Artis eris cujus, dic, rogo, carnificis.

Franc. Rossetus sub bonis præceptoribus male profecit.

Non ego diffiteor celebres te audisse nudendi
  Arte viros, ætasque tua prisca tulit.
Sylvius auditus forte et Rondeletius, et qui
  Tunc Phœbi insignes arte fuere viri.
Sed tu aliena suis doceas cum dogmata, bellum
  His infers, et quæ te docuere negas.

Ainsi finit cette querelle. Jacques Marchant a été sans pitié dans la moquerie, mais la postérité a bien vengé François Rousset de ces injures imméritées.

En 1601, Gaspard Bauhin fit paraître à Francfort une dernière édition de la traduction du livre de François Rousset avec ce titre ; *Exsectio fœtus vivi ex matre viva sine alterutrius*

vitæ periculo, et absque fecunditatis ablatione, a Francisco Rosseto gallice conscripta, Casparo Bauhino professore medico Basil. ord. latino reddita et variis historiis aucta. Adjecta est Joan. Aibosii, protomedici regii fœtus per ann. 28 *in utero contenti et lapidefacti historia. Francisci item Rosseti tractatus hujus indurationis causas explicans.* Francfort, 1601, in-8 de 396 pages (Bibl. nat. Te. 124, 3).

La dédicace de G. Bauhin *Wolfango Theodorico libero Baroni in Stein et Guttemberg, etc.*, est datée de Bâle. *Kal. octobris*, 1600. A la fin de la préface au lecteur, on voit que cette édition revue, corrigée et augmentée est la cinquième (*jam quinto damus, sed longe limatius et correctius multisque novis historiis auctum.* G. Bauhin a encore ajouté, p. 318, après le fait extraordinaire de fœtus petrifié de Sens déjà publié, l'explication de Fr. Rousset, *scleropalæcyematis causæ*, telle qu'elle se trouve à partir de la page 509 du grand traité de l'hystérotomotocie, Paris, 1590.

Enfin le dernier ouvrage de Fr. Rousset, qui se voit seulement à la bibliothèque de la Faculté de médecine, n° 31615. — *Francisci Rosseti medici regii exercitatio medica assertionis novæ veri usus anastomoseωn cardiacarum fœtus, ex utero materno trans ipsas trahentis aerem internum in suas pulmones motus respiratorii (contra communem opinionem) tunc non expertes, et illum cordi eum appetenti, suique etiam tunc micantis motus compoti præparaturos*, Paris, 1603, in-8 de 98 pages. Il est dédié à Jean de la Rivière, premier médecin du roi, qui échangea avec lui des compliments en vers. Fr. Rousset est vieux et malade, comme il nous l'apprend dans le titre suivant. « Ad do« minum Andream Laurentium Fr. Rosseti ægrotantis episto« lium », une lettre de trois pages en vers hexamètres.

Ce petit traité est peu connu. Eloy (*Dict. de la méd. ancienne et moderne*, 2° édition) se contente de dire : « Cette pièce ne « correspond point aux autres. Son auteur, tout occupé de « théorie, ne lui a pas même donné un air de vraisemblance. »

Voici quelques détails sur ce sujet. Simon Piètre et André Du Laurens avaient eu une violente dispute sur l'usage des

anastomoses ou communications des vaisseaux du cœur chez le fœtus. Simon Piétre, en 1593, avait émis une théorie nouvelle. Elle fut immédiatement combattue par A. Du Laurens, qui prit fait et cause pour Galien (Voir *Gaz. heb.*, 1880).

Cette discussion fut reprise dans l'*Historia anatomica*, 1600, (livre VIII, chapitre VII) et Du Laurens y joignit en la réfutant, bien entendu, une troisième opinion, celle de Fr. Rousset qui, croyant aussi avoir trouvé le vrai usage de ces anastomoses cardiaques du fœtus, s'était empressé d'en faire part à Du Laurens, avec lequel il était lié d'amitié. Fr. Rousset ne se tint pas pour battu et voulut rendre le public juge de la condamnation prononcée par un homme aussi éminent. De là cette publication. Est-il besoin de dire qu'ils avaient tort tous les trois? Ces trois théories sont tout simplement absurdes et nous montrent comment on pouvait divaguer avant la découverte de Harvey. « La veine cave, qui a une grande ouverture au cœur, verse « du sang dans le ventricule droit comme dans une citerne et « le sang se cuit et se subtilise là dedans, tant pour engendrer « les esprits vitaux que pour nourrir les poumons. (1) » Une partie passe à travers la cloison interventriculaire dans le ventricule gauche, l'autre par la veine artérieuse va dans la substance spongieuse des poumons. « L'air tiré par l'inspiration « et préparé dans les poumons est porté par l'artère veineuse « (*veines pulmonaires*) dans le ventricule gauche où il se mêle « au sang, et de ce mélange se fait l'esprit vital qui est poussé « dans l'aorte et les bronches. »

Ce n'est plus la même chose chez le fœtus. La veine cave ne verse pas de sang dans le ventricule droit, parce que le poumon, qui est alors épais, etc., n'a pas besoin de sang subtilisé. C'est une loi qu'à un organe épais il faut un sang grossier, le sang contenu dans les veines. Le fœtus ne respirant pas, il ne se fait pas d'esprit vital dans le cœur. L'aorte le reçoit alors des artères ombilicales, qui absorbent de l'air par le phénomène qu'on ap-

---

(1) Trad. de Sizé, 1610, p. 934, id. de Th. Gelée, 1615, feuillet 267.

pelait transpiration. Ainsi, d'après Galien, l'artère veineuse (veine pulmonaire) fait l'office de veine et porte aux poumons le gros sang rouge, qui arrive directement de la veine cave par le trou rond (de Botal) qui disparaîtra après la naissance. La veine artérieuse (artère pulmonaire) fait l'office d'artère et porte aux poumons, par le canal artériel, l'esprit vital qui est venu de l'aorte et des artères ombilicales. Il n'y avait pas de branche de la grande artère pour cela et la trachée ne sert encore à rien.

Simon Piétre n'est pas d'avis que les deux anastomoses sont faites uniquement pour la nourriture et la vie des poumons. Pour lui, le sang artériel vital est transmis de la mère au fœtus par les artères ombilicales. Il monte dans la grande artère jusqu'à son origine. Là, il est arrêté par les valvules. Alors ce sang élaboré et destiné à nourrir les poumons est versé dans la veine artérieuse par le canal artériel. Quant à l'autre anastomose, elle sert à la fonction de l'esprit vital qui se forme dans le ventricule gauche. Le fœtus ne respirant pas, le sang doit prendre une autre voie, et, comme il était superflu aux poumons, il va directement de la veine cave au ventricule gauche, pour y prendre la faculté vitale et se répandre ensuite dans tout le corps.

Fr. Rousset pense que les deux anastomoses sont faites pour transporter l'air interne de l'utérus maternel aux poumons du fœtus, qui ne sont pas privés (comme on le dit généralement) du mouvement respiratoire. Ils préparent l'air, qui, mêlé au sang, doit être attiré par le cœur, et s'habituent ainsi à effectuer les mouvements dont ils jouiront après la naissance. « Pour moi, « dit Fr. Rousset, ces deux anastomoses au fœtus et la trachée-« artère en ceux qui sont nés, sont comme Castor et Pollux, des-« quels le destin était que, l'un venant à vivre, l'autre mou-« rut (1). » *Sint ergo per me anastomoses ambæ in fœtu et trachea in alumno, ut Castor et Pollux quorum altero in lucem veniente, alterum accumbere, in fatis erat*, p. 100. C'est pour la

(1) Trad. de Th. Gelée, feuillet 271, verso.

démonstration de cette erreur que Fr. Rousset a écrit ce long traité en somme. Il l'a divisé en trois parties ou diexégèses qu'il a bien inutilement développées ; c'est beaucoup de bruit et de peine pour rien. Mais il lui restera toujours son immortelle hystérotomotocie !

La bibliographie peut être ainsi résumée :

I. — *Traitté nouveau de l'hystérotomotokie ou enfantement césarien, etc.*, par François Rousset, médecin, Paris, 1581, in-8 de 228 pages (sans compter les préfaces et la table). Traduit en allemand, par Melchior Sebizius, Strasbourg, 1583, in-8. — En latin, par Gaspard Bauhin, t. II *Gynæciorum*. Bâle, 1586, in-4, — id., υστεροτομοτοκια, etc. Bâle, 1588, in-8. — id. *Gynæciorum* d'Israel Spach, Bâle, 1597, in-fol. — id. *Exsectio vivi ex matre viva sine alterutrius vitæ periculo, et absque fæcunditatis ablatione...* Francfort, 1601, in-8.

II. — ΥΣΤΕΡΟΤΟΜΟΤΟΚΙΑΣ *id est cæsarei partus assertio historiologica... in qua agitur de opificio chirurgo humani ortus, aliter fauste succedere nequeuntis, quam per ventris materni solertem incisionem, sospite cum suo fœtu matre ipsâ. Item fœtus lapidei vigeoctennalis sive scleropalæcyematis causæ*, (dialogue en vers) Fr. Rosseto authore, Paris, 1590, in-8 de 596 pages.

III. — *Dialogus apologeticus pro cæsareo partu in malevoli cujusdam pseudoprotei dicteria* (en vers), Fr. Rosseto auctore, Paris, 1590. in-8 de 56 pages.

IV. — *Brevis apologia pro partu cæsareo in dicacis cujusdam ex pulvere pædagogico chirurgicali theatralem invectivam. Ejusdem argumenti carmen apologeticum* (prose et vers). Authore Fr. Rosseto, Paris, 1598, in-8 de 13 pages.

V. — *Francisci Rosseti responsio ad Jacobi Marchant declamationem.* Paris, 1598, in-8 de 31 pages.

VI. — *Francisci Rosseti medici regii exercitatio medica assertionis novæ veri usûs anastomoseωn cardiacarum fœtus, etc.* Paris, 1603. in-8 de 100 pages.

DE L'ÉPITHÉLIOMA DU COL UTÉRIN

ET DE SON TRAITEMENT.

Par le Dr **Marion Sims**, médecin de l'hôpital des Femmes de New-York.

Traduit par le Dr A. Lutaud, *médecin-adjoint de Saint-Lazare.*

(suite et fin) (1).

Combien de fois est-il nécessaire de répéter ces petites opérations avec la curette? Il est impossible de le dire, mais il est certain que nous ne pouvons procurer du soulagement et prolonger l'existence qu'en appliquant de bonne heure ce procédé opératoire. Lorsque la maladie est confinée au col, on peut agir avec de grandes chances de succès, mais il n'en est plus de même lorsqu'elle a gagné le corps de l'utérus. Quoiqu'il en soit, on peut presque toujours soulager les malades, et retarder l'issue fatale, à moins que le cas soit tout à fait *in extremis*.

L'ablation des tissus morbides par la curette et l'application du chlorure de zinc ou du brome amènent presque toujours un certain confort pour les malades en diminuant la douleur et en arrêtant les hémorrhagies.

Nous trouvons parfois des cas dans lesquels le vagin est raccourci et en partie oblitéré, le col de l'utérus presque détruit et l'utérus lui-même immobilisé dans la cavité pelvienne. Même dans ces cas, qui sont toujours accompagnés d'écoulements fétides et abondants et de douleurs intenses, le chirurgien peut améliorer la situation et prolonger la vie en intervenant. Telle est la règle, mais il faut dire qu'elle souffre quelques exceptions. On en jugera par l'observation suivante.

Obs. V. — Au mois d'avril 1875, Mme B..., âgée de 47 ans, éprouva quelques symptômes pénibles du côté des organes génitaux. Mais au lieu de consulter immédiatement son médecin, elle prit la résolution

(1) Voir, *Annales de Gynécologie*, numéros de mars et avril 1880.

de changer de climat et quitta New-York au mois d'août suivant. Elle arriva à Londres en septembre, et c'est à cette époque qu'étant fortement incommodée par un écoulement vaginal fétide, elle se décida à voir un médecin. Elle ne se doutait nullement de la gravité de son état et avait projeté de passer l'hiver dans le midi de la France, mais le chirurgien qu'elle consulta lui dit qu'elle avait une affection grave qui nécessiterait probablement une opération. Elle se décida alors à quitter Londres pour retourner à New-York, où elle vint me consulter.

Dans l'espace de six mois la santé de cette malade s'était considérablement altérée; les douleurs étaient assez vives pour motiver l'emploi des opiacés, et une suppuration abondante et fétide l'épuisait rapidement.

A l'examen, je trouvai le vagin raccourci de moitié et presque oblitéré, le corps de l'utérus était immobilisé dans la cavité pelvienne et rempli d'une matière ichoreuse. Il n'y avait donc aucun espoir de guérison, néanmoins je proposai à la malade d'enlever les produits morbides qui remplissaient l'utérus. Mon intention en agissant ainsi était de diminuer la douleur et l'écoulement fétide, j'espérais également prolonger l'existence, ne fût-ce que de quelques semaines. Ce résultat était toujours désirable, surtout chez une femme mère de plusieurs jeunes enfants.

Après avoir débarrassé l'utérus de tous les produits morbides qu'il contenait, à l'aide de la curette, j'appliquai le traitement consécutif déjà décrit, seulement je remplaçai le chlorure de zinc par le brome, d'après les indications du Dr Routh.

Pendant toute la durée du traitement la malade eut beaucoup à souffrir de douleurs névralgiques intenses pour lesquelles j'employai la quinine et la morphine à doses élevées. Un mois après elle retourna chez elle très améliorée; mais elle succomba un mois plus tard à un empoisonnement urémique.

Même dans ce cas, où la maladie était absolument incurable, il est incontestable que l'état a été amélioré. Je crois donc que les risques de l'opération sont moindres que les avantages qu'elle présente.

Les cas les moins favorables sont ceux dans lesquels les gra-

nulations épithéliales pénètrent profondément dans la cavité utérine, comme cela est représenté dans la figure 11.

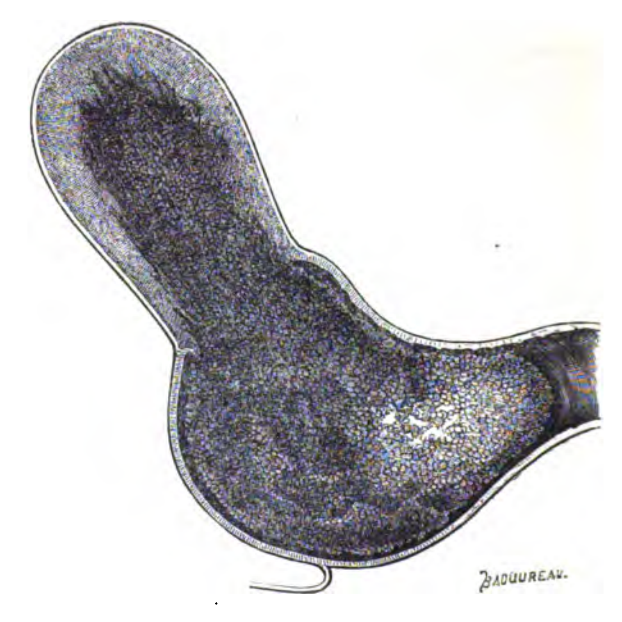


FIGURE 11.

Dans ces cas la masse épithéliale projetée dans le vagin est facilement enlevée avec la curette sans avoir recours aux ciseaux ou au bistouri. Les granulations intra-utérines sont également enlevées avec facilité par la curette, mais elles donnent malheureusement lieu à des hémorrhagies profuses qui pourraient devenir fatales si le chirurgien n'était pas préparé à les combattre. Le sang, qui s'écoule abondamment, a une brillante couleur artérielle et semble s'échapper par des milliers de petits vaisseaux; il est probable que chaque filament de matière granuleuse possède une petite artériole hypertrophiée.

Le chirurgien doit donc toujours être préparé à combattre l'hémorrhagie dans toutes les opérations de ce genre qu'il entreprend. Il faut pour cela un certain nombre de tiges de ba-

leine (3 ou 4) assez longues pour atteindre le fond de la cavité utérine et armées d'un tampon de coton styptique. Si l'hémorrhagie est très abondante, les granulations doivent être enlevées rapidement et toute la cavité utérine tamponnée immédiatement en appliquant un tampon, puis deux, puis trois, selon la capacité de l'organe. Lorsque le sang est arrêté, on retire les tiges de baleine en laissant les tampons dans l'utérus. Il faut bien s'assurer qu'il ne s'écoule plus une seule goutte de sang de la plaie utérine avant d'appliquer le tamponnement vaginal, qui a surtout pour but de s'opposer à la sortie des tampons placés dans l'utérus.

Le tamponnement doit être surveillé avec le plus grand soin, car le sang retenu dans la cavité utérine ne tarde pas à subir une décomposition qui déterminerait rapidement un empoisonnement septique. Si au bout de vingt-quatre heures on observe une élévation considérable du pouls et de la température, il faut absolument enlever le tamponnement, même au risque d'avoir une nouvelle hémorrhagie, qui se produit du reste très rarement dans ces circonstances.

Pendant l'opération, l'hémorrhagie est profuse et il faut l'arrêter à tout prix ; mais les moyens dont nous disposons ne sont pas sans danger, et il arrive souvent que le procédé qui sauve la vie aujourd'hui devient le lendemain une cause de mort. Le jugement du chirurgien doit le guider dans ces cas sur le choix des moyens les plus appropriés et les moins dangereux.

Nous rencontrons souvent des cas de cancer utérin où il est absolument impossible d'intervenir chirurgicalement et où nous devons nous borner à employer des narcotiques et à assurer la propreté par des pansements désinfectants.

Ces deux points de la thérapeutique ont une grande importance, surtout le dernier. Il est en effet impossible de se passer des injections antiseptiques, qui sont nécessaires non seulement pour le confort de la malade, mais aussi pour celui des personnes appelées à la soigner

Voici un exemple de ce genre :

Obs. VI. — Il y a quelques années je reçus la visite d'une jeune fille qui venait me demander des soins pour sa mère qui se mourait d'un cancer de l'utérus; elle avait été la garde-malade de sa mère depuis plusieurs mois et ses vêtements exhalaient une horrible odeur de gangrène qui se répandait dans tout l'appartement. Je me rendis le jour suivant chez la malade; il faisait extrêmement froid et la terre était couverte de neige, néanmoins je ressentis aussitôt en entrant dans la maison de la patiente une odeur dont il est impossible de donner une idée et auprès de laquelle celle d'un amphithéâtre de dissection est peu de chose.

La malade était âgée de 40 ans, elle souffrait depuis environ un an. Ce cas était unique, non seulement à cause de l'odeur excessivement pénétrante que répandait le néoplasme, mais aussi au point de vue anatomo-pathologique. Le vagin était intact mais extrêmement dilaté, l'utérus était entièrement détruit et remplacé par une espèce de poche caverneuse pouvant contenir la main et s'étendant dans la masse intestinale, dans la direction de l'ombilic. On ne sentait aucune induration, ce que j'attribuai à la rapidité du processus, qui ne donnait lieu à aucune cicatrisation. C'est également pour cette raison que la malade n'éprouvait pas des douleurs très vives et n'avait pas eu besoin d'employer beaucoup de morphine. J'ai remarqué que, dans le cancer utérin, la douleur coïncidait presque toujours avec l'existence d'indurations.

Il est évident que, dans les cas de ce genre, il est impossible de faire aucune opération utile, mais on peut au moins modifier l'état des téguments et purifier l'atmosphère. En plaçant la malade dans la semi-pronation latérale, j'ai pu introduire le spéculum de Sims et apercevoir le fond de la caverne, qui était remplie de tissu gangrené; je l'ai nettoyée avec soin à l'aide d'éponges montées, puis j'y ai introduit une sonde en gomme qui permit ensuite de faire de fréquents lavages désinfectants. Au bout de quelques jours de ce traitement, l'atmosphère de l'appartement avait perdu son odeur.

On ne doit jamais laisser arriver les choses à ce point. Il est même parfois utile de pratiquer dans les cas avancés une opération avec la curette, afin de débarrasser l'utérus et le vagin des produits gangreneux qu'ils contiennent, et par suite d'empêcher la fétidité. Ce sont les produits de la mortification qui

déterminent la fétidité dans le cancer, et c'est l'absorption de ces produits qui donne lieu à la cachexie cancéreuse. Le chirurgien est donc justifié à entreprendre une opération de ce genre chaque fois que la malade est assez forte pour supporter l'anesthésie.

Les ravages causés par le cancer utérin sont parfois effroyables. J'ai vu deux cas dans lesquels le néoplasme avait envahi la totalité du corps d'un utérus à l'état de rétroversion; l'utérus avait contracté des adhérences avec le rectum et il s'était établi une ouverture fistuleuse qui faisait pénétrer les fèces dans l'utérus et le vagin. Dans d'autres circonstances on voit les malades perdre involontairement leur urine par une ouverture résultant d'une eschare à la base de la vessie. Lorsque ces horribles complications existent, on ne peut rien souhaiter de plus heureux que de voir la mort délivrer ces pauvres malades.

La douleur n'est pas commune dans la première période du cancer utérin; elle appartient plutôt à un stade plus avancé de la maladie, lorsqu'il existe de l'inflammation et de la gangrène. Mais, quelle que soit du reste l'époque où elle fasse son apparition, la douleur constitue toujours un symptôme prédominant et qui doit appeler toute la sollicitude du médecin.

Lorsqu'elle détermine de l'insomnie, il faut employer les opiacés à dose suffisante. On peut employer le laudanum par l'estomac ou par le rectum et les sels de morphine en injections hypodermiques.

Lorsque la malade a recours à l'opium, elle est obligée d'en continuer l'usage pendant tout le reste de sa courte existence. Quoique ce médicament puisse être considéré comme indispensable, son emploi n'est pas cependant sans inconvénients, ainsi qu'on en jugera par l'observation suivante :

Obs. VII.— En 1873, une dame âgée de 36 ans, mère de quatre enfants vint me consulter uniquement pour complaire au désir de sa sœur, qui lui trouvait un aspect maladif inquiétant. Elle ne se plaignait d'aucun malaise, dormait bien, mangeait bien, était réglée régulière-

ment et n'avait pas de leucorrhée. On ne trouvait ni dans les symptômes ni dans les antécédents rien qui pût faire soupçonner l'existence d'une maladie utérine.

Je pratiquai néanmoins l'examen de l'utérus et je pus constater sur le col une masse épithéliale qui se projetait d'environ trois centimètres dans le vagin. Le mari de cette dame étant en Europe et absent pour plus de deux mois, je n'hésitai pas à lui déclarer que sa maladie était grave et nécessitait une opération immédiate. Elle consentit à être opérée et je pratiquai, avec l'aide du Dr Emmet, l'amputation du col utérin. La cicatrisation eut lieu rapidement, mais la maladie récidiva au bout de deux mois. Une seconde opération fut alors pratiquée en employant le chlorure de zinc par le procédé que j'ai décrit plus haut. La cicatrisation eut lieu, mais, à partir de cette époque, les douleurs furent tellement intenses, qu'on dut recourir chaque jour à l'usage des injections hypodermiques de morphine.

Elle vécut encore un an sans présenter aucun symptôme physique de cancer utérin à l'exception de la douleur. Il n'y avait ni ulcération, ni hémorrhagie, ni écoulement vaginal, mais la malade éprouvait de telles douleurs sur le siège de la cicatrice, qu'elle ne pouvait se passer de l'emploi de la morphine. Elle perdit graduellement l'appétit et les forces et succomba après un an d'horribles souffrances en présentant tous les symptômes du morphinisme.

C'est seulement lorsque l'utérus est fixé dans la cavité pelvienne par des exsudations de lymphe que la douleur commence à se montrer. Elle semble alors résulter des adhérences des nerfs avec les produits de l'inflammation. Lorsque la douleur affecte le caractère intermittent, ce qui est assez fréquent, on se trouve bien de l'emploi de la quinine.

Pour donner une explication plausible de l'élément douleur dans le cancer utérin, il faut admettre l'existence de névromes.

Nous trouvons, en effet, dans l'induration inflammatoire des tissus tous les éléments de structure anormale. L'observation suivante nous fournit sur ce sujet des données intéressantes.

Obs. VIII. — En 1876, j'ai lu devant la section obstétricale du meeting de l'Association médicale anglaise un mémoire sur le traitement chirurgical du cancer utérin. Un de mes confrères, le docteur

Watson, de Peniston, me pria alors de pratiquer l'opération sur une de ses malades; il s'agissait d'une femme de 33 ans; la partie supérieure du vagin était remplie par une masse cancéreuse qui saignait au moindre attouchement. Le néoplasme avait envahi la plus grande partie du col et présentait le volume d'une petite orange de Sicile. L'opération fut pratiquée avec l'assistance des docteurs Kidd, de Dublin, et Storer. Après avoir enlevé la masse granuleuse qui remplissait le vagin, nous aperçûmes que le néoplasme s'étendait jusqu'au niveau de l'orifice interne.

L'amputation conique du col fut pratiquée, et comme les tissus indurés semblaient exister tout autour de l'orifice interne, on enleva avec le plus grand soin tout ce qui semblait infecté. Nous appliquâmes ensuite du coton styptique et le traitement fut continué comme dans les cas précédents.

Le lendemain je présentai l'observation ainsi que la pièce pathologique à la section obstétricale du Congrès de l'Association médicale anglaise. Cette dernière fut renvoyée à l'examen du Dr James Ross, de Manchester, pour en étudier les caractères histologiques. Voici un extrait du rapport du Dr Ross :

« La pièce que j'ai examinée contient des nodules très durs qui donnent la sensation d'une balle lorsqu'on les touche à travers le tissu. A la coupe, on trouve dans ces nodules des cellules ovalaires, à noyau, et présentant un diamètre d'environ 1/700e de pouce. Ces cellules sont disposées en filet, mais elles ne sont pas comprimées au point d'avoir perdu leur forme. Ces cellules ont été également trouvées dans le tissu avoisinant les nodules. »

Cet examen micrographique est identique à ceux que j'avais déjà faits dans des cas précédents, mais comme il émane d'un des histologistes les plus savants de l'Angleterre, je le reproduis seul. Il démontre ce fait important, que le tissu retiré du col utérin était infecté par des cellules anormales.

Il est donc nécessaire d'enlever tout ce qui est infecté, si l'on veut obtenir un résultat satisfaisant. Mais on peut alors se demander si des opérations aussi importantes ne font pas courir aux malades des dangers immédiats. Je suis moi-même surpris

des résultats heureux que j'ai obtenus, mais je ne dois pas moins convenir que la mort peut être la conséquence immédiate de l'opération. Je rappellerai à cette occasion un cas sur-

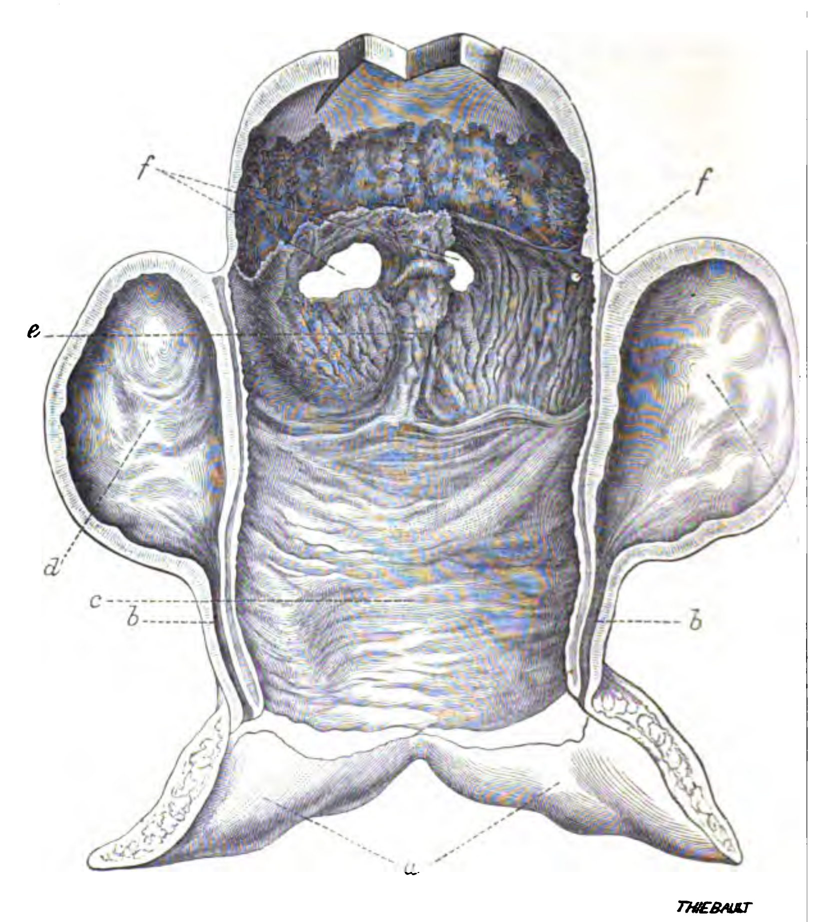


FIGURE 12.

venu dans ma pratique en 1873. Il s'agissait d'une malade qui m'avait été adressée par le professeur Loomis Osborn, et dont la cavité utérine était remplie de granulations épithéliales. Elles furent enlevées avec la curette, la malade eut une violente

hémorrhagie qui fut maîtrisée par un tamponnement de perchlorure de fer; mais elle eut un violent frisson et succomba trois jours après d'une péritonite.

C'est le seul cas fatal que j'aie eu jusqu'en 1877, époque à laquelle j'ai quitté New-York, et cependant j'avais pratiqué cette opération un grand nombre de fois.

En 1878, pendant un séjour que je fis à Vienne, le professeur Spath m'invita gracieusement à appliquer sur une des malades de son service mon procédé opératoire. Voici un résumé de l'observation qui a été recueillie par le Dr Kucher.

Obs. IX. — Femme de 45 ans, veuve, n'étant plus réglée depuis quinze mois. Six mois avant l'opération elle se plaignit d'hémorrhagies abondantes, et l'on constata une tumeur épithéliale de la grosseur d'un œuf d'oie. L'ablation fut faite le 10 mars 1878, avec les



Figure 13.

ciseaux et la curette. Comme le néoplasme s'étendait jusque dans le corps de l'utérus, la presque totalité de l'organe fut enlevée.

L'hémorrhagie fut peu abondante. La masse enlevée pesait environ

90 grammes. La cavité qui résultait de l'opération fut ensuite remplie avec du coton styptique et le vagin avec du coton phéniqué. Les douleurs, qui étaient très vives, furent calmées avec de la morphine en injections hypodermiques.

Le 15, il y eut une hémorrhagie violente et l'on dut pratiquer un tamponnement avec du coton au perchlorure; le 16, nouvelle hémorrhagie et nouveau tamponnement. La malade tomba dans le collapsus et succomba.

La figure 12 représente l'état des parties à l'autopsie. La vessie, la partie antérieure du vagin et de l'utérus ont été sectionnées. Les deux ouvertures au niveau de la réunion du col et du corps de l'utérus sont le résultat de la perforation de la partie postérieure du col. Ces perforations faisaient communiquer le vagin avec le cul-de-sac de Douglas, elles résultent de la gangrène survenue après l'opération.

Voici l'observation d'un cas que j'ai également opéré à Vienne dans le service du professeur Böhm.

Obs. X. — Femme de 41 ans, mère de deux enfants; s'est toujours bien portée jusqu'au mois de décembre 1877, époque à laquelle elle eut des métrorrhagies et des douleurs qui motivèrent son admission à l'hôpital.

A l'examen on constate que l'utérus est mobile et augmenté de volume. Sur la lèvre antérieure on trouve une tumeur présentant le volume d'une grosse noix; cette tumeur est dure et donne au toucher la sensation de nodosités rugueuses; sur le bord droit de la lèvre postérieure on sent une petite nodosité. La figure 13 représente l'état du col d'après un dessin fait d'après nature par le Dr Heitzmann.

L'opération fut pratiquée le 19 mars 1878. La figure 14 représente le procédé opératoire et l'étendue des tissus enlevés. La figure 15 donne une idée de l'extension de l'épithélioma. En avant le néoplasme atteignait l'orifice interne; tous les tissus morbides furent enlevés avec le bistouri et le ténaculum; le toucher me servait de guide. Le col fut presque entièrement enlevé et il ne restait plus qu'une mince couche de tissus sains entre l'utérus et le péritoine. L'opération fut rapidement exécutée sans que la malade ait perdu beaucoup de sang. Nous nous trouvions donc dans les conditions les plus favorables, et

tout me faisait prévoir un succès. La malade éprouva néanmoins dès le lendemain de l'opération des symptômes de péritonite qui déterminèrent la mort le troisième jour.

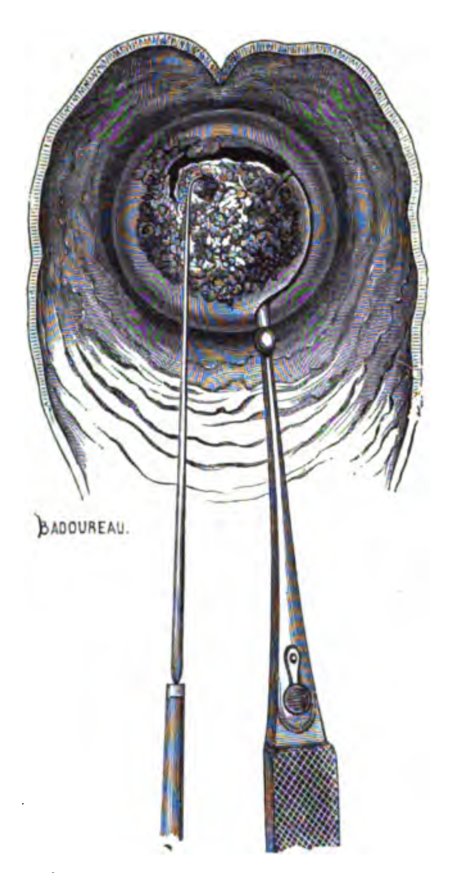


FIGURE 14.

A l'autopsie on trouva une communication entre le péritoine et l'utérus; cette communication avait lieu par l'intermédiaire de plusieurs petites ouvertures de la grosseur d'une tête d'épingle conduisant dans le cul-de-sac de Douglas. Autour de ces perforations, le péritoine était légèrement altéré par le perchlorure de fer qui avait servi au pansement.

L'observation suivante, également recueillie dans le service du professeur Salzer, se rapporte à une malade qui se trouvait dans les plus mauvaises conditions pour être opérée.

La figure 16 montre toute l'étendue du néoplasme. La lèvre antérieure était envahie par une tumeur épithéliale qui saignait au moindre attouchement; la lèvre postérieure, entièrement détruite, était remplacée par des granulations fongueuses qui s'étendaient sur la paroi vaginale correspondante. La figure 16 représente l'aspect des parties telles qu'on les apercevait avec le spéculum de Sims.



FIGURE 15.

J'enlevai d'abord les granulations qui siégeaient sur les parois vaginales avec la curette, puis je réséquai la masse épithéliale avec les ciseaux et l'hystérotome. Pendant le cours de l'opération j'aperçus un petit fragment graisseux de la grosseur d'un haricot qui paraissait provenir du mésentère ou de l'épiploon;

je reconnus alors que la cavité péritonéale était en communication avec le vagin. Je pensai au premier abord que cette ouverture avait été faite avec l'utérotome pendant le cours de l'opération; mais je m'aperçus bientôt qu'elle avait été produite par l'extrémité du spéculum, qui avait déchiré la paroi vaginale déjà entamée par la maladie.

Mon intention était d'abord d'enlever la partie de la paroi vaginale qui était le siège de la maladie, mais en introduisant un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin, je reconnus que le néoplasme s'étendait le long de la paroi rectale. Je me contentai donc de réunir par des sutures le bord postérieur du col et la partie correspondante du vagin. Le tamponnement fut ensuite pratiqué comme dans les cas précédents. La malade guérit et quitta rapidement l'hôpital sans avoir eu aucune complication.



FIGURE 16.

En somme les cas que j'ai opérés à Vienne n'ont pas été heureux, mais ils ont été pour moi très instructifs.

Ma première opérée est morte d'une hémorrhagie secondaire, six jours après l'opération. Cette hémorrhagie est survenue à

la suite de la chute d'une eschare de la portion postérieure du col dans le péritoine, alors que la malade était considérée comme hors de danger.

La deuxième est morte d'une péritonite, trois jours après l'opération. L'autopsie montra qu'il existait de petites perforations entre la portion postérieure du col et le cul-de-sac de Douglas. Or, je crois que, dans ces deux cas, ces perforations intestinales reconnaissaient la même cause.

J'avais si souvent pratiqué des opérations de ce genre sans accidents, qu'il ne m'était pas venu à l'idée que le tamponnement pouvait déterminer une perforation de la paroi vaginale. Je le considérais comme utile et même indispensable pour combattre les hémorrhagies utérines, et le seul danger que je redoutais avec son emploi prolongé était la septicémie.

Dans le cas du professeur Spath, la partie inférieure de l'utérus fut presque entièrement réséquée et il ne restait plus qu'une membrane très mince constituée en grande partie par le péritoine. Cette membrane, fortement pressée par le tampon, s'est mortifiée et a donné naissance à trois petites ouvertures pouvant admettre le passage du doigt. Dans le cas du professeur Bohm, le même processus morbide a été déterminé par le tamponnement. On peut donc dire que, dans ces deux cas, la mort ne reconnaissait pour cause ni la septicémie, ni l'hémorrhagie, mais bien la mortification des tissus déterminée par le tampon. De ces faits je crois pouvoir tirer un enseignement qui pourra être utile à tous ceux qui entreprendront une opération de ce genre, c'est qu'il faut appliquer le tamponnement avec les plus grandes précautions dans les cas où l'on suppose qu'il existe un certain amincissement de la paroi utérine ou vaginale correspondant avec le cul-de-sac de Douglas.

Les faits que j'ai exposés dans ce mémoire me permettent d'émettre les propositions suivantes :

1° Il ne faut pas amputer le col atteint d'épithélioma ou enlever les tumeurs épithéliales du col avec le galvano-cautère ou l'écraseur.

2° Il est nécessaire d'enlever la totalité des tissus morbides

même jusqu'au niveau de l'orifice interne dans les cas où l'épithélioma a envahi jusqu'à ce point.

3° L'hémorrhagie doit être arrêtée avec du coton styptique au perchlorure de fer ou à l'alun.

4° Lorsque le coton styptique est enlevé, il faut cautériser la plaie avec du chlorure de zinc ou tout autre agent capable de déterminer la formation d'une eschare.

5° Après la chute de l'eschare, la malade pratiquera chaque jour des injections d'eau chaude phéniquée jusqu'à complète cicatrisation de la plaie.

6° Après la guérison, la malade suivra un traitement arsenical et devra être examinée tous les trois mois afin de surveiller les rechutes.

7° Lorsqu'on constate des granulations fongueuses ou de petits nodules résultant d'une récidive, il faut se hâter de les enlever et de les cautériser par le même procédé.

8° Presque tous les cas de cancer épithélial peuvent bénéficier de l'intervention chirurgicale, même ceux qui sont très avancés.

REVUE DE LA PRESSE.

NOTE SUR UN CAS D'ACCIDENTS GRAVIDO-CARDIAQUES

Observé à la Maternité de Nancy (1).

Par le Dr Alphonse Herrgott,
Agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Les exemples d'accidents gravido-cardiaques ne sont bien connus que depuis quelques années, aussi croyons-nous qu'un fait de ce genre, que nous avons eu occasion d'observer alors que nous étions chargé du service de la Maternité, est de nature à présenter quelque intérêt.

(1) Extrait de la *Revue médicale de l'Est*.

Mais pour bien comprendre l'action de la grossesse comme cause déterminante des accidents que nous allons signaler, il est indispensable de rappeler en quelques mots les changements que l'on observe dans l'appareil circulatoire de la femme en gestation.

L'imprégnation de l'ovule amène, en effet, dans l'organisme maternel des modifications extrêmement importantes, mais c'est surtout dans l'appareil circulatoire que ces changements sont remaquables. Le liquide sanguin est modifié et dans sa quantité et dans sa qualité. Grâce aux travaux d'Andral et Gavarret (1842), de Becquerel et Rodier (1844), de Regnault, de Nasse (1876), nous savons que par le fait de la gravidité il se produit une augmentation d'eau et de fibrine et une diminution de globules, que la densité du sang diminue. La femme enceinte n'est donc plus, comme on le croyait autrefois, une femme pléthorique, mais bien une femme anémique et chlorotique. Absolument parlant, les globules qui constituent la partie essentielle du sang sont un peu augmentés, il est vrai, mais, comme la masse totale est de beaucoup plus considérable, nous pouvons dire qu'il y a une diminution relative de globules : d'où fausse pléthore et hypoglobulie.

D'autre part, on sait que les phosphates sont en plus grande quantité dans le sérum de la femme enceinte; or, l'acide carbonique, grâce à la presence de ces phosphates, se dissoudra en plus grande quantité dans le sérum, et un même volume de sang contiendra une plus grande quantité d'acide carbonique que le même volume pris dans l'état normal.

Une autre cause d'augmentation dans la production de l'acide carbonique existe dans le surcroît des combustions; de plus, l'utérus, en se développant dans la cavité abdominale, refoulant les viscères contre le diaphragme et gênant ainsi le jeu de la respiration, l'oxygénation se fera mal; enfin, le globe utérin, par son poids, entravera la circulation des organes environnants et produira une stase veineuse qui se traduit par la formation de varices que l'on observe si souvent aux membres inférieurs de la femme enceinte.

Nous pouvons donc nous résumer en disant que chez la femme enceinte on constate une augmentation de la masse totale du sang, une diminution des globules, par conséquent de l'oxygène, et une augmentation d'acide carbonique.

Ces changements survenus dans la qualité et dans la quantité du liquide sanguin ont pour résultat des modifications dans l'organe destiné à mettre ce liquide en mouvement et dans l'appareil destiné à le contenir. Le cœur, ayant une masse de sang plus considérable à mettre en mouvement, devra *s'hypertrophier* afin de pouvoir triompher du surcroît de travail qui lui est imposé.

Cette hypertrophie a été signalée par Larcher (1) et Ducrest (2), qui ont constaté l'augmentation de l'épaisseur de la paroi des ventricules chez la femme enceinte ; par Blot, qui par la balance a constaté une augmentation moyenne de plus de 50 grammes dans le poids de cet organe; par Durozier, qui par la percussion en a démontré l'hypertrophie.

Quant à l'augmentation des vaisseaux, du contenant, c'est surtout dans les vaisseaux utérins considérablement dilatés et dans le développement exagéré des veines des membres inférieurs que cette augmentation existe.

Le plus souvent, les modifications que nous venons de rappeler restent *physiologiques*; la santé de la femme n'est pas altérée. La grossesse disparaissant, le cœur et les vaisseaux reprendront leur volume normal, la composition du liquide sanguin redeviendra ce qu'elle était avant le début de la gestation, *mais il n'en sera plus de même si le cœur est altéré.*

Or, on sait combien les endocardites sont fréquentes chez les personnes qui ont été atteintes de rhumatismes articulaires.

Si le plus souvent on ne constate pas de troubles notables dans la circulation, c'est qu'il se fait, ainsi que l'indique Trousseau (3), une véritable *hypertrophie physiologique* du cœur, le

(1) *Recherches cliniques faites en* 1826 *et en* 1827 et Mémoire adressé à l'Académie des sciences le 6 août 1857.

(2) Ducrest cité par Beau, Th de doctorat, Paris, 1846.

(3) Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. III, p. 391, 1868.

muscle cardiaque redoublant d'efforts pour vaincre les rétrécissements des orifices et pour lutter contre les insuffisances valvulaires. Mais, si les troubles que nous venons de mentionner chez la femme enceinte viennent s'ajouter à ceux que l'on observe dans l'endocardite, l'on comprendra la gravité des accidents qui pourront en résulter. La grossesse fera disparaître cet équilibre dans la circulation, et la femme cardiaque sera, par le fait de sa gravidité, exposée à des troubles qui pourront menacer le cours de la gestation et même mettre ses jours en danger.

L'étude de l'influence de la gestation dans les maladies du cœur est de date récente. Simpson, en 1854 (1); Virchow, en 1858 (2); Ollivier, en 1868 (3), etc., avaient bien, il est vrai, étudié les altérations de l'endocarde pendant la puerpéralité, mais c'est surtout Peter, 1873 (4), Budin, 1873 (5), Fritsch, 1876 (6), Berthiot, 1876 (6), Marty, 1875 (8) et Angus Macdonald (9), qui, par leurs travaux et leurs observations, ont démontré l'influence de la grossesse sur la circulation et en particulier chez les femmes atteintes d'affections antérieures. Peter a donné à ces troubles le nom d'*affections gravido-cardiaques*. C'est un cas de ce genre que nous venons rapporter ici.

Observation. — La nommée Marie C..., née à Bremeuil, âgée de 20 ans, domestique, entre à la Maternité le 14 août 1879. D'une taille

(1) *Edinburg Monthly Journal*, 1854.

(2) *Monatschrift für Geburtskunde*, 1858.

(3) *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1868-1869, et *Archives de médecine*, 1873.

(4) *Leçons de clinique médicale*, p. 187, 1873.

(5) *Progrès médical*, 1873.

(6) *Bemerkungen zur Pathologie und Physiologie des Circulations-Apparates bei Swangeren und Wochnerinnen*, 1875.

(7) *Grossesse et maladie du cœur*. Th. de Paris, 1876.

(8) *Des accidents gravido-cardiaques*. Th. de Paris, 1876.

(9) *The bearings of chronic disease of the heart upon pregnancy, parturition and child bed*. Londres, 1878.

moyenne, d'une bonne constitution habituelle, elle dit n'avoir jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde il y a dix ans.

Menstruée pour la première fois à l'âge de 16 ans, elle l'a toujours été régulièrement et abondamment pendant huit jours tous les mois.

Primipare, elle a vu ses règles pour la dernière fois le 20 janvier et a senti les premiers mouvements de l'enfant au mois de mai, Elle a eu des envies de vomir à partir du mois de février. Depuis trois mois, elle a des varices aux membres inférieurs ; ceux-ci, dès que la femme marche, ne tardent pas à devenir œdémateux ; le gonflement disparait par le repos au lit.

Le 2 août, le corps s'est couvert de petites vésicules qui se sont desséchées au bout d'une quinzaine de jours ; c'est cette éruption qui a engagé la femme à entrer à la Maternité.

Quelques jours après, elle fut prise d'un violent point de côté à gauche suivi de toux sans expectoration. La respiration est difficile ; la malade est assise sur son lit ou couchée sur le côté droit ; elle ne peut rester sur le côté gauche. A la percussion, on constate en arrière et à gauche un peu moins de sonorité qu'à droite. A l'auscultation, on trouve l'inspiration rude et l'expiration prolongée en arrière et à gauche. Il existe aussi quelques râles disséminés dans la poitrine, mais surtout de ce côté. La respiration est très courte, fréquente, 40 par minute ; la température de 37°5. le pouls 100.

Le soir, la malade expectore un liquide brunâtre légèrement strié de sang.

Le 24, la température est assez basse, 36°8. Pouls, 96. Respiration, 32. La malade a eu une selle diarrhéique peu abondante pendant la nuit. Les urines sont d'un rouge foncé. Mais elle se trouve mieux ; l'appétit est revenu, la toux a diminué, quoique les signes fournis par l'auscultation soient toujours les mêmes. On continue néanmoins la diète lactée prescrite auparavant..

Deux jours après, le 26 août, les mêmes phénomènes de dyspnée se reproduisent ; les lèvres sont cyanosées ; l'expectoration, peu abondante, est toujours légèrement striée de sang. Mêmes phénomènes stéthoscopiques à gauche et en arrière. A droite, l'inspiration est rude, l'expiration prolongée. La température est toujours à peu près normale, 37°2. Pouls, 80. Respiration 32.

Il se produit plusieurs selles diarrhéiques abondantes ; la toux diminue, mais la gêne respiratoire ne disparaît pas.

Le 28, toux fréquente et sèche ; la malade n'expectore qu'avec peine

quelques crachats spumeux et striés de sang, On applique des ventouses scarifiées, qui amènent une sédation notable. La gêne respiratoire a diminué; la malade se trouve plus à l'aise.

Le soir la température est de 37°8. Pouls, 96.

En *auscultant le cœur*, on perçoit un bruit de souffle présystolique et systolique assez léger que nous n'avions pas encore constaté. C'est alors que la malade nous avoue avoir eu, il y a deux ans, un rhumatisme articulaire aux deux pieds. Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, il existait une rougeur vive et un gonflement douloureux : la marche, quoique difficile, n'était cependant pas impossible.

Pendant deux jours notre malade fut assez calme; mais pendant la nuit du 31 août elle fut atteinte d'un violent accès de dyspnée avec céphalalgie sus-orbitaire très intense.

Le matin, nous la trouvons en proie à une angoisse extrême; assise sur son lit, les lèvres cyanosées, dans l'immobilité absolue et demandant à être transportée près de la fenêtre afin de pouvoir respirer plus librement, disantque la respiration allait lui manquer et qu'elle allait succomber.

La température est de 36°4. Pouls, 76.

A l'auscultation, on entend toujours des râles sous-crépitants, surtout à gauche et en arrière.

On applique des ventouses, qui ne produisent plus aucun soulagement.

En présence de ces accidents, qui commençaient à devenir inquiétants, j'ai cru devoir prescrire une infusion de 0 gr.,50 de digitale, ce médicament devant agir comme un véritable cheval de renfort afin de permettre aux muscles cardiaques de vaincre l'obstacle qui leur était créé par la gêne de la circulation,

Le soir, la malade a été un peu plus calme, mais la respiration est toujours très fréquente, 40. Température (36°8. Pouls, 108.

Nous fûmes très agréablement surpris, le lendemain, 2 septembre, en apprenant que la malade avait été plus tranquille pendant la nuit.

La respiration est plus facile et plus régulière. La céphalalgie frontale a disparu. Il y a eu dans le courant de la journée de nombreuses selles diarrhéiques.

On administre la potion de digitale pendant deux jours,

Le 3, la respiration continue à être satisfaisante. On perçoit toujours de nombreux râles sous-crépitants, surtout à gauche. On entend toujours aussi un bruit de souffle un peu rude à la pointe du cœur et au

premier temps. Léger œdème des extrémités. Les urines sont foncées, d'un rouge-brique, 1,200 grammes dans les 24 heures. Il existe un fort dépôt de mucus au fond du vase. L'analyse chimique révèle l'existense d'un peu d'albumine.

Le 4, la nuit a été bonne, l'état général est satisfaisant. La température est toujours basse, 36°8. Pouls, 96. La respiration, moins fréquente, 28, est meilleure; l'appétit revient, il n'y a plus de selles diarrhéiques. L'urine, toujours foncée, est peu abondante.

Le 8 septembre, la malade a passé une bonne nuit; les phénomènes de dyspnée ont complètement disparu. La secrétion urinaire est beaucoup plus abondante ; l'urine est bien toujours encore un peu foncée, mais le dépôt n'est plus aussi considérable et la coloration rouge-brique est moins intense; il n'y a plus d'albumine. Température, 37°. Pouls, 76. Respiration, 24.

Le 18, le souffle au premier temps s'est plutôt accentué, mais l'état général est satisfaisant, la respiration générale est bonne.

L'*accouchement* a lieu normalement le 28 octobre, à neuf heures du soir; il se termine par l'expulsion d'un enfant du sexe féminin en *O*, *I*, *G*, *A*, du poids de 2,760 grammes.

A part un peu d'oppression et de cyanose de la face observée pendant l'accouchement, les suites de couche furent normales.

Le 3 novembre, on entend toujours le souffle au premier temps et à la base.

La malade se plaint encore parfois de légers vertiges.

Elle quitte la Maternité le 29 novembre 1879.

Cette observation nous a paru intéressante par l'orage qui est venu troubler la fin de la grossesse, et qui, à un moment donné, a été de nature à nous inspirer de sérieuses inquiétudes sur les conséquences qui pouvaient en résulter.

Les modifications produites par la gravidité dans l'appareil circulatoire avaient troublé cet équilibre instable; le cœur altéré par une maladie antérieure ne pouvait plus lutter avec avantage contre les obstacles nouveaux qui venaient de se produire; heureusement que la médication a pu rendre à ce muscle la tonicité qui lui faisait défaut; l'application de ventouses scarifiées et surtout les selles diarrhéiques nombreuses qui se sont

produites ont également eu un effet salutaire ; aussi l'exemple que nous venons de rapporter peut-il être considéré comme heureux, car le traitement *médicament seul* a suffi.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et parfois l'accoucheur est obligé d'intervenir d'une manière plus énergique en mettant un terme à la grossesse, cause indirecte des troubles cardiaques. Mais, dans cette *intervention obstétricale*, il est important d'établir une distinction capitale suivant l'époque à laquelle on agit. Ces accidents gravido-cardiaques se produisent-ils alors que le fœtus n'est pas viable, c'est un avortement que l'on est obligé de pratiquer ; c'est le sacrifice d'un être pour en sauver un autre. On comprend combien est grande la responsabilité de l'accoucheur dans ces graves déterminations, aussi ne devra-t-il avoir recours à cette thérapeutique de désespoir qu'après avoir employé sans succès toutes les ressources dont il dispose. Heureusement que ces accidents ne s'observent le plus souvent qu'à la fin de la gestation, alors que le produit de la conception est viable. Le pronostic devient tout différent quand on a la certitude qu'en interrompant la grossesse on ne provoque pas l'expulsion d'un enfant qui ne pourrait pas vivre. Toutefois, ici encore, il ne faudra intervenir qu'avec une grande prudence, surtout en songeant aux difficultés qui existent pour connaître le terme précis de la gestation : une pareille erreur pourrait porter une atteinte mortelle au fœtus.

Enfin, par suite des *efforts* que fait la femme *pendant l'accouchement*, des troubles cardiaques graves peuvent encore se produire et forcer le médecin à abréger la durée de la parturition, sous peine de voir la femme en proie à de redoutables accidents. Mais, en général, le traitement médical seul suffira, et les exemples d'accidents gravido-cardiaques que l'on observe ressemblent le plus souvent à celui que nous venons de rapporter.

INVERSION UTÉRINE

RÉDUCTION APRÈS VINGT ET UN JOURS DE COMPRESSION PAR LE PESSAIRE A AIR SPHÉRIQUE EN CAOUTCHOUC

Par le Dr Batbedat, de Bayonne.

OBSERVATION : Mme X..., primipare, 22 ans, constitution assez robuste, a accouché à terme, après une demi-journée de petites douleurs et deux ou trois heures de fortes douleurs expulsives.

La délivrance s'est faite un quart d'heure après, à peine aidée par quelques légères tractions sur le cordon, opérées par la sage-femme qui l'assistait.

La sortie du placenta ayant été suivie d'une hémorrhagie considérable, j'ai été mandé en toute hâte auprès de la malade, que j'ai trouvée presque exsangue, les tissus décolorés, l'œil éteint, le pouls filiforme.

Le sang ne coulait plus. La sage-femme avait déjà recouvert l'abdomen de compresses froides, que j'ai fait continuer, après m'être assuré de l'état de l'utérus, que j'ai trouvé contracté, très dur, au niveau du détroit supérieur; et je me suis tenu prêt à pratiquer le tamponnement, au moindre indice du retour de l'hémorrhagie.

Celle-ci n'a pas reparu, et, grâce aux toniques et à une légère alimentation pendant les trois jours qui ont suivi, les forces sont revenues peu à peu, et la vie a repris le dessus. Pendant ces trois jours, détail remarquable à noter, l'accouchée ne s'est pas plainte de la moindre douleur! On pouvait donc espérer, on pouvait croire en avoir fini avec toute émotion nouvelle.

Mais, le quatrième jour, la sage-femme, ayant voulu débarrasser le vagin, à l'aide de son doigt, de quelques caillots sanguins qui en obstruaient l'orifice, a été fort surprise d'y trou-

ver une grosseur dure et légèrement mobile, et elle s'est empressée de venir m'en rendre compte.

Je me suis immédiatement rendu auprès de la malade ; j'ai pratiqué le toucher, et il m'a été facile de reconnaître que nous avions affaire à une inversion complète de l'utérus, qui avait dû s'accomplir peu à peu depuis mon premier examen.

En contournant, avec le doigt, la tumeur qui remplissait le vagin, on arrivait, en effet, jusqu'au col, qui n'avait pas, en ce moment, une dilatation supérieure à la circonférence d'une pièce de 2 francs, et se continuait avec la muqueuse vaginale. D'un autre côté, en pratiquant le palper abdominal jusque dans la cavité pelvienne, on ne trouvait plus trace de tumeur utérine.

Après avoir vainement tenté d'opérer la réduction, en essayant de maintenir le col à l'aide de deux doigts introduits dans l'anus et en pressant sur le fond de l'utérus avec un tampon, j'eus recours, avec l'aide de mon excellent confrère M. le Dr E. Lafont, à l'emploi du pessaire sphérique, employé avec succès, en 1878, par M. le professeur Courty, de Montpellier, dans un cas analogue (*Gazette hebdomadaire*, 11 octobre 1878).

Modérément gonflé tout d'abord, à l'aide de la poire à air, ce pessaire a été parfaitement supporté, et j'ai pu journellement en augmenter le volume, sans autre inconvénient que la difficulté de la miction. On sondait la malade trois fois par jour et on faisait des injections émollientes deux fois toute les 24 heures, pour nettoyer le vagin et le pessaire, ne retirant celui-ci que tous les quatre ou cinq jours.

Jé n'ai pas cru nécessaire de me servir du bandage en T, employé par M. le professeur Courty, le pessaire, suffisamment gonflé, n'ayant aucune tendance à ressortir par l'orifice vaginal. C'est une gène de moins pour la patiente.

Ce n'est que le dix-neuvième jour que les douleurs, si bien décrites par l'éminent professeur, ont enfin commencé, éloignées d'abord et légères, puis de plus en plus fortes et approchées, absolument semblables aux douleurs expulsives de l'enfantement. Arrivées à leur paroxisme le troisième jour, elles étaient

devenues tellement insupportables, que la pauvre malade et les parents eux-mêmes demandaient qu'on y mît un terme en enlevant le pessaire, et il n'a pas fallu moins de toute l'autorité que l'homme de l'art peut toujours prendre sur son entourage dans les circonstances critiques, pour résister à leurs prières et persévérer jusqu'à la fin.

Mais bientôt, et presque tout à coup, la scène a changé : les douleurs ont diminué d'intensité, et, peu aprés, ont cessé comme par enchantement. La réduction était opérée ! Par le toucher on constatait, en effet, que le pessaire était remonté plus haut dans le vagin, et qu'on pouvait l'y faire mouvoir avec assez de facilité, chose impossible les jours précédents. Par le palper abdominal on retrouvait l'utérus dans sa position normale. Le pessaire ayant été dégonflé et extrait, le doigt parcourait tout le vagin jusqu'au col, facile à reconnaître dans sa position naturelle, quoique fort effacé encore. La guérison était obtenue.

Les forces de la matade étant progressivement revenuès pendant les vingt-et-un jours qu'a duré le traitement, grâce à une alimentation substantielle et soutenue, la convalescence a été très rapide et la santé était parfaite un mois aprés,

L'inversion utérine, toujours très difficile à réduire, même au début, ne résiste que trop souvent aux manœuvres les mieux entendues. Elle voue alors les pauvres femmes qui en sont atteintes à une infirmité des plus pénibles, quand elle ne les condamne pas, tôt ou tard, à une intervention chirurgicale très périlleuse et.... comment faut-il le dire? décevante jusque dans ses succès.

Les deux guérisons qu'on doit déjà à l'ingénieuse innovation de M. le professeur Courty laissent espérer que, grâce à son emploi, on sera peut-être plus heureux à l'avenir dans le traitement de ce redoutable accident.

Jusqu'à quelle époque, après la production de l'inversion utérine, peut-on et doit-on même tenter l'emploi du pessaire à air? C'est là une question à laquelle l'avenir seul pourra répondre, quand on aura fait de nouveaux et nombreux essais de cette méthode. Le succès obtenu par M. Courty, après quatre

mois d'inversion, ne permet-il pas cependant d'espérer que cette date pourra être dépassée !

A notre avis, quel que soit le temps écoulé depuis la production de l'accident, on devra tenter ce moyen, dont l'innocuité autorise l'emploi pendant un temps fort long, un mois, deux mois même.

Que risque-t-on? rien, ou à peu près rien : un peu de temps perdu, voilà tout ! Cette considération est sans valeur à côté du résultat si heureux qu'on peut en obtenir.

NOTES SUR UNE AUTOPSIE DE FEMME ENCEINTE

ARRIVÉE AU VOISINAGE DU TERME, MORTE D'ÉCLAMPSIE.

(Service de M. Tarnier)

Par L. Labat,
interne de la Maternité.

Le 4 mai 1880, mourait à la Maternité une femme éclamptique, la nommée Prenon, femme Hapel, couturière, primipare, âgée de 31 ans. Elle était enceinte d'environ 8 mois. Le travail avait commencé avec les premiers accès, mais il s'était bientôt arrêté laissant le col dilaté comme une pièce de 5 francs. La mort de l'enfant avait précédé de 4 à 5 heures celle de la mère. Il se présentait par le sommet en position gauche, la tête profondément engagée dans l'excavation. Le maximum des bruits du cœur fœtal avait été marqué au-dessous de l'ombilic, à 3 centimètres à gauche de la ligne médiane.

L'occasion se présentant rarement d'ouvrir une femme, arrivée au voisinage du terme, morte en travail sans avoir accouché, nous nous sommes attaché à étudier quelques points relatifs aux rapports de l'utérus gravide, à l'épaisseur de ses parois ; à l'attitude du fœtus et à ses dimensions. Ces recherches ont été faites à l'instigation et sous la direction de notre chef de service, M. Tarnier.

I. — Le cadavre étant couché sur le dos, nous incisons avec soin la paroi abdominale, pour la relever au devant de la poitrine sans toucher aux viscères.

Nous remarquons alors que la matrice n'a pas subi de mouvement de torsion sur son axe longitudinal, car les deux ligaments ronds sont situés sur un même plan transversal. Mais le ligament rond du côté droit s'insère sur l'utérus à 9 centimètres plus haut que celui du côté opposé.

Le fond de l'utérus remonte à 10 centimètres au-dessus de l'ombilic et il est incliné à gauche.

L'épiploon est refoulé sur le fond de l'utérus, qu'il coiffe sans le recouvrir complètement.

La vessie est vide et déborde le pubis de 4 centimètres. Le cul-de-sac vésico-utérin a à peine 2 centimètres de profondeur.

Nous constatons très facilement que le dos du fœtus est à gauche dans une position franchement transversale. La colonne vertébrale est dirigée parallèlement au ligament rond, mais un peu en arrière de lui. Le point où le maximum des bruits du cœur fœtal avait été entendu et marqué sur la paroi abdominale à l'aide d'nn crayon dermographique se trouve à 5 centimètres de cette colonne vertébrale, en avant d'elle.

Le gros intestin entoure l'utèrus, le colon transverse ayant été repoussé en haut. L'estomac se trouve au-dessus du colon transverse. La dernière portion du gros intestin, au lieu de pénétrer dans l'excavation à gauche du promontoire, croise perpendiculairement la colonne vertébrale au-dessus de l'articulation sacro lombaire et s'enfonce dans le bassin à droite de cette articulation, pour regagner bientôt après la ligne médiane et même le côté gauche du sacrum.

La masse de l'intestin grêle est refoulée dans l'hypochondre gauche. Mais pour s'unir au cœcum — lequel occupe sa place habituelle — la dernière portion de l'iléon passe au-devant de la colonne vertébrale, la croisant à angle droit, directement placée entre la face postérieure de l'utérus et le corps des vertèbres, et laissant au-dessus d'elle plus de la moitié du globe utérin.

La matrice, par sa face postérieure, est directement appliquée

sur l'angle sacro-vertébral. On constate que cet angle correspond au cou du fœtus ; toute la tête est donc plongée dans l'excavation.

II. — Nous enlevons avec précaution l'utérus tout entier. Il mesure 31 centimètres dans le sens de sa plus grande longueur; sa largeur maximum vers le fond est de 19 centimètres.

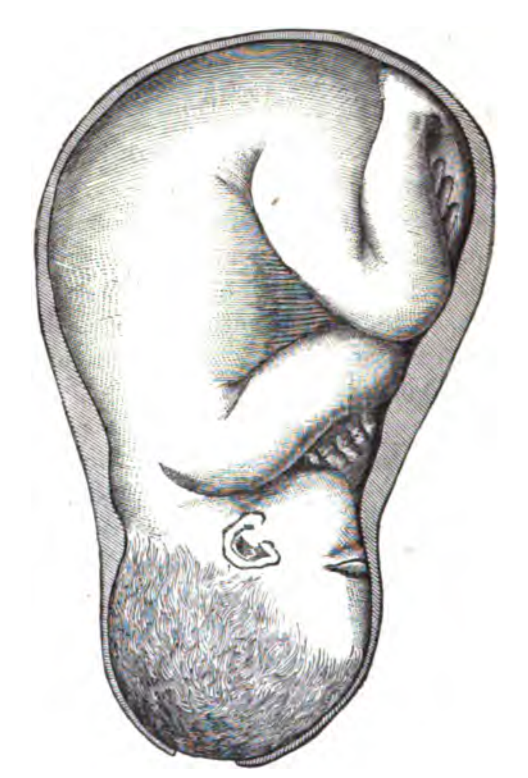


FIGURE 1.

Utérus de la nommée Prenon, femme Hapel, morte à la Maternité le 3 mai 1880. Éclampsie; mort pendant le travail. L'utérus a été congelé, puis ouvert en enlevant sa moitié antérieure. On voit ainsi le fœtus surpris et immobilisé dans son attitude intra-utérine. Le moule a été fait.

Nous le faisons congeler et, une fois la congélation obtenue, par une incision horizontale passant en avant des ligaments

ronds, nous enlevons toute la moitié antérieure de l'organe. Le fœtus reste en place, *immobilisé dans l'attitude qu'il avait pendant la vie.*

Nous faisons alors les remarques suivantes :

1° L'épaisseur de la paroi utérine est très variable selon le niveau où on la considère. A ce point de vue l'organe peut être divisé en 3 régions, savoir : une première région, correspondant très exactement à la tête fœtale tout entière contenue dans l'excavation, d'une épaisseur de 2 à 3 millimètres ; une seconde de 10 centimètres d'étendue, correspondant à la partie supérieure du tronc du fœtus, épaisse de 8 à 12 millimètres ; une troisième très étendue constituant tout le fond de l'organe, d'une épaisseur moyenne de 3 millimètres. Il suit de là que dans le cas qui nous occupe l'utérus peut être comparé à une poche oblongue, à paroi mince aux 2 extrémités, à paroi brusquement renflée vers la partie moyenne.

2° Il n'y a pas de liquide interposé autour du cou, entre la tête et le tronc.

3° L'extrémité pelvienne courbée dans le sens de la flexion et pelotonnée présente des dimensions transversales bien supérieures à celles de la tête, soit en chiffres approximatifs 12 centimètres pour celle-ci, 16 centimètres pour celle-là.

III. — La pièce ayant été dessinée par M. Ribemont et moulée, nous enlevons la moitié postérieure de l'utérus ; nous avons dans les mains et nous pouvons regarder dans tous les sens un fœtus immobilisé dans son attitude intra-utérine par la congélation.

Les cuisses sont fléchies sur le ventre et les jambes sur les cuisses. Les pieds sont fléchis, mais dirigés l'un vers l'autre, de telle façon que les faces plantaires sont appliquées l'une contre l'autre.

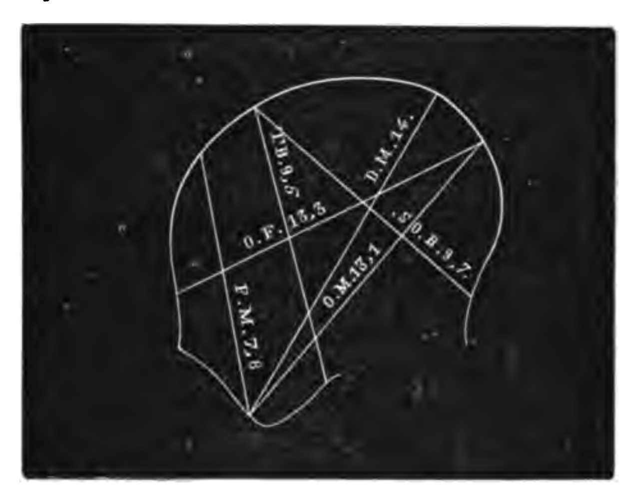
Le membre supérieur droit descend au devant du tronc, la main arrivant au niveau des parties génitales. Le membre supérieur gauche croise horizontalement le sternum.

Le cordon ombilical, après avoir formé un paquet d'anses entre

les cuisses, passe entre les deux membres supérieurs pour aller rejoindre le placenta, qui s'insère sur la face postérieure de la cavité utérine vers le fond.

L'enfant est du sexe masculin. Il pèse 2,900 grammes.

Nous avons pris la forme de la tête à l'aide d'une lame de plomb flexible et en suivant la méthode indiquée par Budin, dans sa thèse. Nous avons également mesuré ses différents diamètres. Nous les indiquons avec la forme de la tête dans le dessin ci-après.



B. P.	8.9
B. T.	8.1
O. M.	13.1
O. M. M.	14
O. F.	11.3
S. O. B.	9.7
T. B.	9.5
F. M.	7.6

Nous ajouterons une dernière remarque : Les bosses pariétales étaient situées au même niveau dans le sens horizontal et vertical. Leur symétrie était complète.

CORRESPONDANCE.

La gynécologie à Vienne.

TRAITEMENT DU CANCER DE L'UTÉRUS ET DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE

[Un de nos collaborateurs, M. le Dr Bozeman de New-York, nous prie d'insérer la lettre suivante qui a été adressée au *Medical Record* de New-York en réponse à une lettre du Dr Marion Sims publiée dans ce même journal.

Quoiqu'elle traite de questions personnelles entre ces deux chirurgiens, nous n'hésitons pas à donner satisfaction à notre collaborateur, qui ne fait du reste que réfuter les allégations dont il avait été l'objet (1).]

Dans la lettre du Dr J. Marion Sims publiée dans le *Medical Record* du 8 février, ayant pour but d'expliquer les opérations qu'il a faites récemment à Vienne pour la guérison du cancer du col de l'utérus, il avance que je n'ai pas fait d'opérations aussi dangereuses pendant mon séjour dans cette ville ; mais que je me suis restreint à ne faire que les opérations moins difficiles pour la guérison de la fistule vésico-vaginale. Que lui-même n'a fait cette opération qu'une fois à Vienne et, à ce propos, établit la comparaison suivante entre nos deux méthodes respectives d'opérer : « La seule comparaison, à ma connaissance, faite à Vienne entre mon opération pour la fistule vésico-vaginale et celles faites en cette ville par le Dr Boseman est celle qui suit : — Qu'il ne me fallait que des *heures* au *lieu de mois* pour préparer un vagin dans un état d'atrésie pour l'opé-

(1) C'est M. le Dr Chauveau, de New-York, qui a bien voulu se charger la traduction de cette lettre.

ration finale; que je faisais l'opération dans un cas difficile de fistule vésico-vaginale en 30 *minutes* au lieu de la faire en 3 *heures*, et que la position de l'opérée et le *modus operandi* étaient selon les stricts principes chirurgicaux et dépourvus de prétention et de mysticisme. »

Si mon opération pour la guérison de la fistule vésico-vaginale mérite d'être qualifiée par le Dr Sims de « prétentieuse » et de « mystique », je laisse aux lecteurs du *Record* le droit de décider.

Il faut cependant que je proteste contre cette attaque faite à ma réputation, et à mon caractère, dans le but de me nuire aux yeux de mes confrères.

Je désire simplement appeler l'attention sur deux points contenus dans la lettre du Dr Sims :

1° La manière adroite par laquelle il essaye de cacher ses insuccès à Vienne, ainsi que l'humiliation qui en a été la conséquence en face de preuves écrites, en avançant que *deux* sur *trois* malades opérés par lui pour le cancer du col de l'utérus sont morts, au lieu d'avouer franchement qu'ils sont morts tous les trois.

2° La manière adroite qu'il emploie pour faire paraître, en face de preuves publiées, que *la seule* opération faite par lui à Vienne pour guérir l'atrésie du vagin et une fistule vésico-vaginale a été bien plus appréciée par la Faculté médicale de cette ville que *celles* faites par moi dans cette même capitale, parce qu'il ne lui avait *fallu que quelques heures* pour le traitement opératoire et seulement 30 *minutes* au lieu de 3 *heures* pour clore la fistule, faisant sans doute allusion, ici, au temps que j'avais mis pour faire la même opération (cas 11), le *pire des quatre cas que j'ai guéris pour* le professeur Braun.

En ce qui a trait à la première assertion, lisons ce qu'en dit le correspondant viennois du « Chicago Medical Journal and Examiner » (septembre 1878). Il écrivait à la date du 15 juillet, étant sur les lieux et en communication journalière avec le professeur Salzer, dans le service duquel l'*opération suivie de guérison* avait été faite. (Cette conversation avait lieu six ou huit

mois après les fameuses opérations pour la guérison du cancer par M. Sims):

« Toutes les malades opérées par le Dr Sims sont mortes de péritonite dans « les dix jours qui ont suivi l'opération ».

« Je fis la remarque au professeur qui me racontait ces résultats que je supposais que l'on avait choisi des cas désespérés pour le Dr Sims. Il me répondit que, quoique ces cas fussent certainement bien graves, ceci ne changeait pas le fait que les malades étaient mortes des effets directs de l'opération. »

En ce qui concerne la seconde, il est nécessaire seulement de jeter les yeux sur le rapport du Dr Ludwig Bandl concernant les quatre cas de fistules vésico-vaginales compliquées d'atrésie du vagin opérées par moi à Vienne. La traduction de ce rapport faite du *Wiener Med. Woschenschrift* se trouve dans le *Richmond and Louisville Medical journal*, novembre et déc. 1877.

J'appelle, ici, plus spécialement l'attention du lecteur sur le cas 2, auquel M. Sims fait allusion :

« La femme, âgée de 32 ans, présente une fistule vésico-utéro-vaginale mesurant 5 cent. transversalement et 4 c. en longueur, à peu près de la grandeur d'une pièce d'argent de 5 fr.; une fistule vaginale de la dimension d'une pièce de 2 fr., à 11 cent. du périnée. — Il y avait une large bande de tissu cicatriciel épaisse et résistante qui entourait le vagin, et l'angle gauche de la fistule était adhérent à la face postérieure du pubis. Il y avait aussi une immobilité complète de l'utérus; un prolapsus de la paroi supérieure de la vessie à travers la fistule et la vulve, de la grosseur du poing d'un enfant, de plus, une excoriation des grandes lèvres, couverte de concrétions urinaires.

Le 26 juin 1875 je fis mes premières incisions dans les bandes de tissu cicatriciel, et la dilatation avec les cylindres de gutta-percha durci commencèrent. Quatre jours plus tard, les effets salutaires de ce traitement se manifestèrent par la mobilité de l'utérus. Cet organe pouvait déjà être attiré au moyen d'une forte érigne de manière à mettre en contact les bords de la fistule à peu près dans les 4/5 de leur étendue; mais

la force nécessaire pour accomplir ce résultat était de 2,800 gr., près de 6 livres, résistance que nulle suture ne pouvait vaincre sans couper à travers les tissus. Les incisions furent répétées et une dilatation graduelle continuée jusqu'au 17e jour, avec les résultats mentionnés par le Dr Bandl.

« Le 13 juillet, Bozeman décida que le moment était arrivé de faire l'opération. Le sujet fut placé sur la table dite *supporting chair*, anesthésié, et les fistules furent mises en vue d'une manière admirable par l'introduction du spéculum n° 1 (de Bozeman) avec la lame rectale. Les professeurs Billroth, G. Braun, Karl von Braun, Spath et plusieurs autres médecins assistaient à l'opération.

« La balance à ressort montra que 130 gr. (1/4 de livre) suffisaient maintenant pour la mise en contact des lèvres supérieures et inférieures de la fistule.

« 30 juillet. — Bozeman procéda à l'enlèvement des sutures métalliques, etc. (*button suture*), faisant en même temps la remarque qu'il serait satisfait si l'union par première intention était complète jusqu'au cinquième fil; mais, à notre grand étonnement, la fistule fut trouvée *presque entièrement close*. Il ne restait qu'une petite ouverture entre les 7e et 8e fils, à travers laquelle une sonde métallique pouvait pénétrer la vessie. »

Le mode de traitement et le résultat parlent d'eux-mêmes. La résistance surmontée en treize jours (du jour où la première expérience fut faite) était de 2,680 gr.

Je dis treize jours, parce qu'il faut se rappeler que la force de résistance avait été mesurée quatre jours après ma première incision et que ce point de départ de l'opération était toujours considéré par le professeur Simon comme suffisant pour mettre en contact les lèvres d'une fistule vésico-vaginale par sa méthode dite traitement *immédiat;* méthode qu'a suivie, à Vienne le Dr Sims dans son cas de fistule vésico vaginale.

J'ai donc, ici, tâché de prouver par démonstration mathématique la différence entre le traitement *préparatoire graduel* et le *traitement immédiat* du vagin quatre jours après ma première incision. Certainement au commencement du traitement la ré-

sistance était bien plus grande, peut-être le double, le triple ou le quadruple de l'estimation que l'on en avait faite. L'une de ces méthodes, dans ce cas-ci, aurait été inapplicable, tandis que l'autre (la mienne) a été prouvée en accord avec la science chirurgicale.

Partant, un traitement de dix-sept jours, importait peu à cette pauvre femme puisqu'elle avait la *restauration complète des fonctions génératrices*, tandis que, dans l'autre cas, c'est-à-dire en employant l'autre méthode, il a fallu en venir au *kolpokleisis* préconisé et adopté par le Dr Sims.

Où est donc la preuve que le procédé opératoire employé par moi dans le cas ci-dessus cité n'était pas selon les préceptes chirurgicaux admis? Comment cette opération peut-elle être considérée comme prétentieuse et entourée de mysticisme?

J'ai à peine besoin d'ajouter ici que c'est grâce à ce résultat heureux, accompli malgré tant de difficultés, que les chirurgiens et les gynécologistes de Vienne ont compris la supériorité de mon opération pour la fistule vésico-vaginale faite en leur présence, et qui m'a valu les lignes flatteuses adressées par le correspondant de Vienne au *Chicago Medical Journal.*

Un cas à peu près semblable à celui qui vient d'être relaté a été admis dans mon service au « New-York State Women's Hospital », quoique cependant moins compliqué.

Dans ce cas, aussi, la lèvre supérieure de la fistule, après la division des deux côtés de la bande de tissu cicatriciel, ne pouvait être mise en contact avec la lèvre inférieure que par une force suffisante pour couper les parties molles. Une dilatation graduelle fit bientôt cesser la résistance et mit les bords de la fistule dans les conditions nécessaires pour procéder à l'opération finale.

L'opération fut faite en présence des Drs Nœggerath, Fetch, Janorin, Goldwarth, Jansky et plusieurs autres, et la guérison fut complète après cette seule opération.

En conclusion, je dirai que je n'ai pas été à Vienne dans le but d'extirper l'utérus afin de guérir le cancer du col de cet or-

gane. Le Dr Sims a cru devoir le faire et a recueilli ce qu'il méritait.

J'ai été dans cette capitale dans le seul but de démontrer la valeur de mon traitement préparatoire du vagin par une dilatation graduelle par des incisions, etc., comme moyen de rendre inutile son oblitération (kolpokleisis) dans un grand nombre de cas de fistules urinaires chez la femme.

Veuillez, Monsieur, agréer, etc.

N. BOZEMAN.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Deux observations d'inversion utérine traitée par la ligature avec traction élastique, communication par M. PERIER. — J'ai eu l'occasion d'observer presque simultanément deux femmes atteintes d'inversion utérine. Chez l'une, l'inversion datait de six mois, et paraissait s'être produite au moment de l'accouchement. L'autre malade était accouchée depuis six semaines, mais l'inversion n'avait été observée que vingt jours après, et paraissait consécutive à des efforts immodérés de défécation.

Chez les deux malades, l'hémorrhagie s'était montrée au moment du retour de couches ; elle avait été considérable et avait mis leurs jours en danger.

Appelé à intervenir, j'avais tenté vainement de réduire l'inversion en employant la méthode du professeur Courty. A la suite d'insuccès répétés, j'ai dû recourir à une opération radicale, l'extirpation de la portion de matrice inversée, et j'ai donné la préférence à la ligature élastique, en la modifiant d'une manière que je crois avantageuse et que je vais vous exposer.

Au lieu d'appliquer le fil élastique directement sur le point à sectionner, j'ai lié très fortement l'utérus avec un fil de soie résistant, et c'est sur ce fil que j'ai exercé des tractions élastiques au moyen d'un anneau de caoutchouc.

Ces tractions eurent pour effet de resserrer constamment le lien constricteur en le faisant s'engager de plus en plus dans un trou pratiqué à l'extrémité d'une tige métallique. Cette tige, munie à sa partie inférieure d'un certain nombre de crans formant crémaillère, fournissait des points d'appui successifs à l'anneau de caoutchouc qui opérait les tractions.

Pour pratiquer cette opération, il m'a donc suffi :

1° D'une pince pour amener l'utérus au dehors ; 2° d'un fil de soie résistant ; 3° de la tige à crémaillère dont je viens de parler ; 4° d'un anneau de caoutchouc ; 5° d'un crochet représenté par le vulgaire tire-bouton.

La pince a été construite sur mes indications par M. Aubry. Les mors de cette pince forment deux demi-anneaux dont le plan est perpendiculaire à la direction des branches. Ils sont enveloppés de caoutchouc, afin que leur contact ne puisse blesser la muqueuse utérine. Lorsque la pince est fermée, les mors forment par leur rapprochement un collier destiné à entamer la portion étroite de l'utérus inversé. On peut alors attirer cet organe sans déchirer le tissu, et sans le comprimer d'une manière fâcheuse.

La tige métallique est une lame plate de 20 cent. de longueur. Son extrémité supérieure est recourbée sur le plat en un crochet très court, dont la partie libre présente un trou à bords très lisses, destiné au passage du fil lié autour de l'utérus. L'un des bords de la lame est lisse dans toute sa longueur ; l'autre bord, lisse dans sa moitié supérieure, présente dans sa moité inférieure dix crans espacés de centimètre en centimètre, et dont les dents configurées en crochets courbés en bas font un relief de 6 millimètres. La lame, qui a 5 millimètres de largeur dans sa moitié supérieure, est large de 11 millim. dans la moitié inférieure qui forme crémaillère. J'ai fait fabriquer cet instrument chez M. Collin et j'ai profité des conseils de notre ingénieux collègue M. Farabeuf pour trouver la forme la plus appropriée au but que je voulais atteindre.

L'opération est d'une facilité extrême.

Dans un premier temps, à l'aide de la pince, on amène l'utérus au dehors en complétant l'inversion, si elle était incomplète comme chez nos deux malades.

Dans un deuxième temps, on passe une anse de fil autour de l'utérus immédiatement au-dessus du mors de la pince. Les deux bouts du fil sont engagés dans l'œil de la tige métallique, dont l'extrémité est

conduite jusqu'au contact de l'utérus. On voit alors si le fil est convenablement appliqué au point où l'on veut exercer la constriction, que l'on porte de suite à l'extrême en nouant aussi fortement que possible.

Dans un troisième temps, on assujettit un anneau de caoutchouc contre le nœud constricteur, par un autre nœud qu'il est indispensable de faire triple, car c'est sur lui qu'appuiera le caoutchouc, dont la traction le ferait infailliblement glisser et se relâcher, s'il n'était que double.

Le quatrième temps consiste à saisir, à l'aide du crochet, la partie libre de l'anneau de caoutchouc pour l'accrocher le plus loin possible à l'un des crans de la crémaillère.

Enfin, dans un dernier temps, on remet l'utérus à la place qu'il occupait dans le vagin, et l'extrémité libre de la tige sort de la vulve sans exercer aucune pression sur les parties molles. Elle se tient droite dans l'axe du vagin par le sens de la direction dans laquelle s'exerce la traction.

Les phénomènes observés consécutivement à cette opération ont été presque identiquement les mêmes chez mes deux opérées. Douleur très vive au réveil, mais facilement calmée par l'injection hypodermique de morphine répétée à chaque réapparition de la douleur; sensation de gêne et de tiraillement pendant les premiers jours, enfin, absence complète de toute sensation pénible après cinq ou six jours.

Comme on eut soin de faire toutes les trois ou quatre heures des injections vaginales de solution de chloral au 1/100, il n'y eut pas de mauvaise odeur non plus que de fièvre.

Vers le cinquième ou le sixième jour, l'anneau de caoutchouc fut reporté à deux ou trois crans plus bas, puis de temps à autre à un cran au-dessous.

Il ne paraît pas y avoir eu d'écoulement vaginal, mais cela est dû à la fréquence des lavages qui entraînaient les liquides avant qu'ils eussent le temps de s'écouler au dehors du vagin.

L'utérus après cinq ou six jours était mollasse et flétri.

Chez ma première opérée, mon doigt put s'introduire dans une cavité qui me fit croire que le fil à ce moment avait cutané toute l'épaisseur de la paroi utérine dans une portion de la circonférence; l'examen de la pièce montra plus tard qu'il s'agissait d'une perforation spontanée au-dessous de la ligature.

Chez l'autre opérée, il était impossible d'attribuer une forme à ce que je sentis par le toucher.

Enfin, l'utérus se détacha le quatorzième jour chez l'une, le dix-huitième jour chez l'autre. Mais la séparation de l'utérus, dans un cas comme dans l'autre, n'était pas le résultat d'une section par le fil; c'était une véritable chute d'escharre, le tissu utérin ayant été mofirtié dans toute son épaisseur à quelques millimètres au-dessus du point serré, ainsi que le démontre l'existence d'un sillon dans lequel le fil était resté engagé.

Au-dessous de ce sillon, l'utérus flétri était largement perforé e laissait voir la cavité à revêtement péritonéal.

Le mode d'action de la ligature ayant été identique dans les deux cas, il est permis d'affirmer qu'il en sera toujours de même sous l'influence du même moyen, qui, n'agissant pas par section, mettra aussi sûrement que tout autre à l'abri d'une hémorrhagie.

En outre, il se recommande par une facilité d'exécution plus grande que la ligature élastique simple, qu'on ne peut resserrer sans se livrer à des manœuvres pénibles, sinon dangereuses, et dont l'application doit, suivant M. Courty, être précédée d'une cautérisation circulaire au galvano-cautère.

Après la chute de l'utérus, le col a recouvré presque de suite l'aspect d'un col normal, et les malades ont repris très rapidement leur vie habituelle.

Voici d'ailleurs les deux observations, dont la première a été recueillie par M. Tamain, interne de mon service.

OBSERVATION I. — G..., Catherine, 31 ans, entrée le 9 février 1880, salle Sainte-Marguerite, n° 14.

D'une santé habituelle excellente, bien réglée depuis l'âge de 13 ans, mariée en juillet 1878, et devenue enceinte au bout de quatre mois. Grossesse normale. Premières douleurs le 20 août. Après un travail de quatre jours, pendant lesquels la malade fut livrée aux manœuvres d'une sage-femme, un médecin de la ville fit une application de forceps et retira un enfant mort depuis plusieurs jours. Le placenta ne put être extrait, paraît-il, que morceaux par morceaux et cette délivrance s'accompagna d'hémorrhagie très abondante. Pendan une quinzaine de jours, l'accouchée semble avoir eu de la péritonite, et des lochies très fétides pendant près de six semaines. A cette époque, au moment où elle attendait son retour de couches, elle eut

une véritable hémorrhagie qui dura près de quinze jours, mais sans être accompagnée d'aucun phénomène dangereux.

Depuis lors, jusqu'à son entrée à l'hôpital, du 4 octobre au 9 février: la malade n'a pour ainsi dire pas cessé de perdre du sang; elle n'est jamais restée plus de six jours sans avoir de métrorrhagie. Son médecin ayant reconnu dans le vagin la présence d'une tumeur arrondie, polypiforme, faisant saillie par le col utérin, la détermine à entrer à l'hôpital.

Je constate qu'il existe, en effet, dans le vagin, une tumeur du volume et de la forme d'une grosse figue dure, mais à surface mollasse et tomenteuse, faisant issue entre les lèvres du col, qui a la forme d'un bourrelet annulaire.

La pulpe du doigt pénètre facilement entre le pédicule de la tumeur et le col; mais le doigt est arrêté par un sillon nullement circulaire ayant parfois la même profondeur.

En combinant le palper abdominal avec le toucher vaginal et le toucher rectal, je constate l'absence d'utérus au-dessus du col utérin. et j'acquiers de suite la certitude qu'il s'agit d'une inversion utérine incomplète.

En ce moment, la malade a des pertes plus abondantes qu'à l'ordinaire par coïncidence avec l'époque présumée des règles. Je m'occupe tout d'abord d'arrêter les pertes et de tonifier la malade, qui est dans un état d'anémie profonde.

Le 25 février, après avoir endormi la malade au chloroforme. j'essaye de réduire l'inversion par la méthode Courty, mais il m'est très difficile d'amener au dehors l'utérus, que je n'ose attirer avec des pinces à griffes, à cause de l'état inflammatoire de sa surface, qui est ulcérée sur un grand nombre de points. D'autre part, je ne puis suffisamment accrocher les ligaments utéro-sacrés avec l'index et le médius de la main gauche, que j'avais introduits dans le rectum. Après avoir inutilement essayé à plusieurs reprises, je suis obligé d'abandonner mes tentatives de réduction. Dans la journée et le lendemain la malade a perdu du sang.

Le 29 février, avec la pince à mors semi-annulaire, je pus amener au dehors l'utérus dont l'inversion se complète. Il me devint alors facile d'accrocher les ligaments utéro-sacrés, mais cette fois encore mes tentatives répétées ne furent point couronnées de succès.

C'est alors que je me décidai à faire la ligature du pédicule de la portion inversée.

Le 3 mars, la malade chloroformée, j'entoure le pédicule d'une anse de fil de soie qui est solidement nouée après que les chefs du fil ont été engagés dans l'œil de la crémaillère. Je fixe près du nœud un fort anneau de caoutchouc que j'accroche ensuite à l'un des crans de la crémaillère. La partie de l'utérus sous-jacente à la ligature prend de suite un aspect violacé. Je réduis le tout dans le vagin, puis je fais une injection avec la solution phéniquée au 1/40, et la malade est reportée dans son lit, où elle est couchée les jambes écartées et les jarrets soulevés par des coussins.

La tige sort par le vagin sans exercer aucune pression sur les parties molles. Le jour même, douleurs vives, facilement calmées par des injections hypodermiques de morphine. Injections vaginales toutes les trois heures avec une solution de chloral.

Les jours suivants, les douleurs cessent complètement. Le 7 mars, cinquième jour, l'anneau est reculé d'un cran. Le 10, quelques douleurs abdominales et lombaires ; c'est l'époque où les règles doivent paraître. Le 15, je recule l'anneau élastique de trois crans, et je pratique le toucher vaginal. Je pénètre dans la cavité de l'utérus (face péritonéale), par un orifice situé au-dessous de l'extrémité de la tige qui porte la ligature. Il me semble qu'il y a section de toute l'épaisseur de la paroi dans une partie de la circonférence du pédicule. Le 16, sans le moindre effort, j'extrais la tige métallique, qui entraîne avec elle la portion de l'utérus liée.

Je constate avec surprise que le fil n'a pas sectionné l'utérus, la séparation entre le mort et le vif s'est faite à près d'un demi-centimètre au-dessous du point d'application du fil.

Je touche avec précaution le col, qui me paraît déchiqueté, et au centre duquel je sens un bourrelet lisse sur la nature duquel je ne cherche pas à m'éclaircir davantage.

Les jours suivants, l'état de la malade est excellent, elle se lève le 20. Je l'examine au spéculum le 26 : je trouve le col tout à fait normal.

3 avril, la malade quitte l'hôpital.

Depuis l'opération, elle n'a pas perdu une goutte de sang.

Les liquides sécrétés n'ont jamais eu de mauvaise odeur. Il n'y a presque pas eu de fièvre ; la température n'a dépassé 38 degrés que quatre fois ; le deuxième et le troisième jour, 38°,2 ; le neuvième, 38°,4, et le onzième, 39°. Le reste du temps elle oscille entre 37°,2

à 38°. Il est bon de noter que du neuvième au onzième jour correspondait l'époque de ses règles.

La portion d'utérus détachée peut être comparée à un petit ballon en caoutchouc mince qui aurait été crevé. La ligature qui s'est creusé un sillon ferme exactement la cavité ; mais les surfaces péritonéales sont libres au-dessus et au-dessous ; au-dessus, en déplissant un peu les parties on distingue les annexes ; au-dessous, la surface est partout lisse, les parois sont minces, molles et déchirées largement sur l'un des côtés. Ainsi la ligature n'a pas eu pour effet de sectionner les parties ; elle a agi avec une telle énergie, qu'elle a mortifié les tissus du côté où ils auraient pu recevoir encore du sang, et c'est le travail d'élimination de cette partie mortifiée qui a oblitéré le péritoine.

La malade est venue nous voir à l'hôpital le 19 avril ; son état général est excellent. Elle aurait dû avoir ses règles le 9 avril, elles ne sont pas venues, mais, dans la matinée du 11, elle a perdu quelques gouttes de sang.

26 mai, la malade se porte admirablement. Vers le 11 de ce mois, elle a eu des douleurs lombaires et un écoulement légèrement teinté pendant deux jours, comme le mois précédent.

Observation II. — Mme P..., 25 ans, d'une bonne santé habituelle, éprouve, après une grossesse régulière, les premières douleurs de l'accouchement le 30 janvier 1880, à 9 h. du matin. Dans la nuit suivante, à 4 h. du matin, le col étant complètement dilaté et la tête engagée dans l'excavation, mais restant en place depuis plusieurs heures ; le Dr Raoux, médecin de la malade, fait une application du forceps et amène un enfant bien vivant. La délivrance est faite vingt minutes après sans aucun effort.

Une heure après, survient une hémorrhagie abondante. Une sage-femme introduit la main dans la cavité utérine et la débarasse des caillots qu'elle renferme, puis administre du seigle ergoté. L'hémorrhagie promptement arrêtée; la malade est maintenue dans le décubitus horizontal.

Pendant huit jours la fièvre est persistante, le pouls variant entre 120 et 140°. Il y a des douleurs lombaires avec irradiations vers les aines. Le ventre tendu et sensible. La palpation le laisse assez déprimer pour qu'on puisse sentir dans la fosse iliaque droite l'utérus, qui paraît suivre son involution normale. La malade ne peut uriner sans être sondée. Constipation opiniâtre, purgatifs répétés. Sulfate de quinine,

Injections vaginales plusieurs fois par jour. Vers le 8 février, tous les symptômes s'amendent. Miction spontanée, garde-robe difficile nécessitant l'emploi de lavements et de purgatifs salins.

Vers le quinzième jour, la malade se lève, et, dès ce jour, prend l'habitude, pour aller à la garde-robe, de s'accroupir sur un vase posé sur le parquet de la chambre et fait chaque fois des efforts considérables. Le vingtième jour, dans un de ces efforts, elle sent qu'une grosseur se présente à la vulve. La sage-femme appelée constate la présence d'une tumeur globuleuse dans le vagin ; cette tumeur lui semble provenir de l'utérus. Cependant la malade s'occupe des soins de son ménage.

Le 10, retour de couches qui ne présente rien de particulier ; mais le surlendemain 13, hémorrhagie considérable que l'on combat par des injections vaginales au perchlorure de fer et par des injections hypodermiques d'ergotine.

Je vois la malade pour la première fois le 14 mars, je la trouve dans le décubitus dorsal, avec le facies pâle que l'on observe à la suite des grandes pertes de sang. Le ventre est plat, non douloureux à la pression ; je ne sens aucune tumeur ni dans les fosses iliaques, ni à l'hypogastre.

Par le toucher vaginal, je sens une masse dure, arrondie, pyriforme, la petite extrémité paraissant sortir du col utérin, qui l'entoure assez lâchement pour permettre l'introduction du doigt. L'extrémité de l'index est à peine engagée, qu'il s'arrête à un sillon circulaire qui fait régulièrement le tour du point d'implantation et a partout la même profondeur. En combinant le palper abdominal avec le toucher vaginal, je ne sens entre les deux masses rien qui rappelle le corps de l'utérus. Par le toucher rectal, je n'arrive pas au-dessus de la masse que je sens dans le vagin ; mais, au peu d'épaisseur des tissus qui séparent mon doigt de la main appliquée sur l'abdomen, je suis convaincu que le corps de l'utérus ne surmonte pas la partie supérieure de la tumeur, et qu'il s'agit bien d'une inversion utérine incomplète.

Comme l'accident remonte au moins à un mois, une intervention immédiate ne présente pas assez de chances de succès pour que je n'essaye pas tout d'abord de combattre l'hémorrhagie, espérant mieux réussir lorsque l'utérus aura cessé d'être turgescent comme il l'est au moment de mon examen.

Le 30 mars, l'hémorrhagie ayant cessé depuis quelques jours, la

malade n'éprouvait aucune douleur; un nouvel examen confirme le diagnostic. Le spéculum permit de voir aisément la muqueuse utérine, qui a une teinte rouge clair, un aspect légèrement tomenteux; il n'est pas ulcéré ; mais comme le rectum est distendu par des matières fécales dont la présence gênerait les manœuvres, je prescris un purgatif et des lavements, et je remets la tentative de réduction.

Des circonstances indépendantes de ma volonté m'empêchèrent de revoir la malade avant le 19 avril.

Le 8 avril les règles étaient venues avec un peu de retard ; elles n'ont pas tardé à prendre les proportions de véritables pertes.

Le 19, j'attire l'utérus avec des pinces spéciales, et, après avoir introduit deux doigts dans le rectum, de manière à accrocher les ligaments utéro-sacrés, j'essaye de réduire l'inversion utérine. Les pressions que j'exerce sur le fond de l'utérus ne sont pas douloureuses ; mais à part un peu de dépressibilité au niveau de la corne gauche, je n'obtiens aucun résultat. Je renouvelle mes tentatives plusieurs fois, et chaque fois, les pressions que j'exerce font remonter l'utérus inversé dans le vagin, sans que les doigts introduits dans le rectum puissent s'opposer à cette ascension.

Le 22 avril, avec l'aide de notre collègue Championnière, du Dr Raoux, je renouvelle les mêmes tentatives, la malade étant chloroformée. M. Championnière essaye à son tour d'obtenir la réduction. Devant l'impossibilité d'arriver à un résultat, nous nous décidons, séance tenante, à recourir à la ligature.

Comme dans le cas précédent, j'attire au dehors le corps de l'utérus et l'inversion se complète, comme le prouve l'effacement du col. J'applique immédiatement au-dessus de l'anneau que forment les mors de la pince une anse de fil de soie très fort ; je passe les chefs du fil dans le trou que présente l'extrémité supérieure de la tige à crémaillère, après quoi le fil est noué solidement par un double nœud autour du pédicule de la tumeur utérine. J'engage ensuite un anneau de caoutchouc entre les deux bouts du fil, que je noue de manière à rapprocher cet anneau du haut de la tige à crémaillère. Cela fait, à l'aide d'un crochet dit tire-bouton, j'accroche la partie libre de l'anneau au deuxième cran de la crémaillère. Alors l'utérus est refoulé à la place qu'il occupait dans le vagin : un bout de tige de 7 ou 8 centimètres sort par la vulve sans exercer de pression sur aucun point des parois vaginales.

La malade se réveille lentement et, dix ou douze minutes après

l'opération, commence à se plaindre de douleurs très vives dans le ventre. Injection de morphine. Les douleurs reparaissent au bout de trois heures, nouvelle injection moins forte, nouveau calme momentané. Chaque fois que la douleur se réveille, nouvelle injection d'une petite quantité de morphine. De la sorte on injecte dans les 24 premières heures 4 centigrammes de morphine. Le second jour, la dose est dépassée, 2 centigrammes. Le troisième jour, un peu plus d'un centigramme. Le quatrième jour, la douleur ayant cessé, on cesse aussi les injections.

Depuis l'opération on fait toutes les trois heures en moyenne des injections de solution de chloral, 1|100 ; aussi point de mauvaises odeurs.

Miction régulière, sauf le premier jour, un peu de ténesme anal sans garde-robes. Un peu de ballonnement et de douleur du ventre, cessant après des évacuations,

Dès le 26, quatre jours après l'opération, l'état général et l'état local sont satisfaisants. Etat fébrile presque nul, bien que le pouls ait été un moment jusqu'à 130. Mais la peau n'a jamais été chaude et la température, forte le deuxième et le quatrième jour n'a pas atteint 38°,

L'opération faite le 22, l'anneau de caoutchouc fut reporté le 25 à deux crans plus bas ; et à trois autres crans le 30. Ce jour-là je pratique le toucher et je sens dans le vagin une masse mollasse, mal définie, et je ne puis atteindre l'extrémité de la tige métallique engagée dans le col. L'anneau est déplacé d'un cran le 6 mai et d'un cran le 8 ; enfin, le 9 mai, 18e jour, à quatre heures du soir, la malade, sentant la tige se déplacer, la retire entièrement et, avec elle la tumeur, qui y restait attachée.

Cette tumeur présente absolument les mêmes caractères que celle de ma première malade, avec cette différence que la déchirure est double et forme un véritable lambeau.

Le fil n'a point sectionné les tissus. Il y a au-dessus de son point d'application, indiqué par un sillon profond, une portion de tissus utérins d'un demi-centimètre de hauteur qui a été mortifié. On voit à ce niveau des portions des annexes.

Le lendemain 10 mai, la malade se lève une heure ; trois jours après elle peut sortir.

Le 15 mai je l'examine ; les culs-de-sac du vagin sont libres ; le col présente au toucher un aspect à peu près normal : par le palper abdominal combiné, on peut reconnaître qu'à la place de l'utérus, il

reste une masse qui paraît en tout grosse comme une noix. Au spéculum, le col a l'aspect de celui d'une femme récemment accouchée : il est fermé, mais l'orifice est déchiqueté, comme étoilé, et légèrement exulcéré.

Le 17 et le 18, il y a eu un peu d'écoulement très légèrement teinté Est-ce un écoulement menstruel? La malade m'a promis de noter ce qu'elle observerait de ce côté. S'il survient quelque phénomène digne d'être mentionné, j'en ferai part à la société. Dr CHENET.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Etude sur les injections intra-utérines pendant et en dehors de l'état puerpéral, par le Dr Ed. KUFFERATH. — Bruxelles, librairie H. Manceaux, 1880.

On sait combien les gynécologistes sont divisés sur l'importante question des injections intra-utérines. Deux points surtout appellent directement l'attention : les injections intra-utérines sont-elles utiles et leur emploi présente-t-il du danger?

En présence des affirmations contraires des auteurs qui ont écrit sur le sujet, il paraît difficile de se faire une opinion pleine et entière, mais si on étudie la question dans tous ses détails, on arrive à des conclusions parfaitement nettes. C'est ce que vient de faire M. Kuferath dans sa thèse inaugurale. Ce travail, écrit avec ordre et méthode, nous offre des observations très intéressantes qui viennent se joindre à un exposé très complet de la médication intra-utérine.

Étant donnée l'importance du sujet, nous croyons utile de faire ici une analyse un peu développée.

Nous ne rééditerons pas l'historique de la question. Cela n'a plus d'intérêt aujourd'hui que les injections intra-utérines ont pris dans la thérapeutique spéciale la place définitive qui leur revient. Il suffit de rappeler qu'après un certain nombre de résultats encourageants qui furent publiés, arrivèrent des accidents d'une gravité exceptionnelle. Les médecins furent divisés alors en deux camps dans chacun desquels régnait un absolutisme exagéré ; ou on était un enthousiaste ou bien un détracteur acharné. Une étude sérieuse et complète des

faits permit à une appréciation plus juste de s'imposer. M. Kufferath a fort heureusement résumé cette partie de la question. L'auteur continue ensuite par la description de l'appareil instrumental.

Les appareils dont on s'est servi sont extrêmement nombreux; et il est fort heureux que la plupart d'entre eux aient vécu et ne présentent plus d'intérêt pratique. La seringue dont on se sert le plus communément aujourd'hui et qui est construite sur le modèle de la seringue de Pravaz, est celle de Braun, très usitée en Allemagne; les autres ne présentent que quelques modifications peu importantes. Si la seringue est à peu près uniforme, il n'en est pas absolument ainsi des canules. M. Gallard, qui s'est beaucoup occupé des injections intra-utérines et qui en a pratiqué un grand nombre, emploie une sonde élastique marquant le nº 10 de la filière Charrière, et dont le diamètre est inférieur par conséquent à celui de l'orifice interne de l'utérus. Cette sonde est flexible et non rigide, et cette qualité est extrêmement importante, car lorsqu'on l'introduit elle ne vient pas heurter les parois de la matrice, et par suite mettre en jeu sa contractilité.

Remarquons aussi que la récurrence du liquide injecté est assurée par la différence des diamètres de l'orifice interne de l'utérus et de la sonde. M. Kufferath dit qu'en général les sondes sont rigides. Cela nous paraît-être un inconvénient qu'il faut éviter.

On a attaché beaucoup d'importance à la disposition de l'orifice de la sonde.

Tantôt, il est unique, tantôt multiple.

Ce qu'il faut, ajoute l'auteur, c'est que ces orifices ne soient pas trop petits et qu'il y en ait plusieurs pour qu'il ne se produise pas d'oblitération complète de la sonde dans le cas où l'unique viendrait à se boucher.

Les diverses dispositions qu'on trouve aux orifices sont dues à certains accidents que l'on a attribués à tort à l'instrument, alors qu'il fallait mettre en cause la main qui dirigeait l'injection. Nous reviendrons tout à l'heure sur ces accidents.

Ajoutons seulement que M. Pajot se sert d'une canule dont l'ouverture est capillaire et réduit le liquide en poudre.

Quant aux sondes à double courant, M. Courty a fait remarquer qu'elles sont au moins inutiles, à cause de leur volume, puisque, lorsqu'on peut les introduire, l'ouverture utérine est assez large pour

que le liquide injecté avec une sonde simple puisse refluer aisément dans le vagin.

Le Dr Kufferath croit que dans les injections intra-utérines faites après les accouchements et dans les cas d'augmentation considérable de la cavité utérine, on peut employer avec succès des irrigateurs et particulièrement l'irrigateur d'Higginson à une ou deux ampoules. Il cite à l'appui une observation probante. Un et même quelques faits ne suffisent pas et nous croyons qu'il n'est pas prudent de se servir de ces appareils quoiqu'on puisse chez quelques-uns graduer la pression.

Le manuel opératoire, sans être difficile, exige une attention soutenue et une grande délicatesse de manœuvres.

Avant de pratiquer une injection intra-utérine, il est nécessaire d'avoir sur cette cavité des notions exactes ; il faut connaître sa grandeur, sa capacité et son mode de réaction vis-à-vis des agents qu'on y introduit. Le cathétérisme de l'utérus est donc nécessaire. Nous n'avons pas à répéter actuellement les règles de cette petite opération.

Le lavage de l'utérus avec de l'eau claire ou de l'eau salée n'est pas indispensable, dit l'auteur de la thèse que nous analysons. Cette façon de voir nous paraît d'autant plus juste que ce lavage ne fait généralement pas arriver au but qu'on se propose en le pratiquant, c'est-à-dire ne débarrasse pas l'utérus des mucosités qui y sont sécrétées.

Lorsqu'on introduit la canule, ajoute-t-il, il faut surveiller et la sensibilité de la matrice et l'état des orifices. Si on observe des douleurs vives on doit s'abstenir de faire l'injection : de même si, après avoir poussé un peu de liquide, ce dernier ne reflue pas dans le vagin. La seringue ne doit être vidée que petit à petit afin que le liquide ne vienne pas frapper brusquement les parois de la matrice.

Ces préliminaires examinés, revenons aux deux points principaux que nous avons signalés au début de cet article comme dominant l'histoire des injections intra-utérines.

Pour nous, il nous semble qu'on doit réserver cette médication pour les cas où tous les autres moyens ont échoué, par exemple en présence d'hémorrhagies répétées et longtemps prolongées. Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, il existe des contre-indications formelles que M. Kufferath a groupées sous les cinq chefs suivants :

1° présence dans l'utérus d'un produit de conception. 2° état inflammatoire aigu de l'utérus, des tissus péri-utérins et des annexes, ainsi que l'inflammation chronique du tissu cellulaire et du péritoine pelviens ; 3° menstruation surtout ; 4° sténose des orifices de la matrice, quelle qu'en soit la cause ; 5° sensibilité exagérée de la matrice se manifestant par des phénomènes soit locaux, soit généraux.

Les principales substances employées ont été surtout l'eau à diverses températures, la teinture d'iode, le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre et surtout le perchlorure de fer. Dernièrement encore quelques gynécologistes étrangers ont essayé l'acide pyroligneux et des liquides caustiques, tels que l'acide nitrique concentré.

Les injections intra-utérines peuvent être indiquées pendant la grossesse en vue de produire l'accouchement prématuré artificiel ou l'avortement médical. Ne vaut-il pas mieux avoir recours dans ces cas à des moyens plus sûrs et moins dangereux, qui sont admirablement étudiés dans le dernier ouvrage de Playfair?

Pendant l'état puerpéral elles ont rendu de grands services entre les mains de Barnes principalement, pour obvier aux hémorrhagies soit primitives, soit secondaires ; mais avant d'en arriver à ce moyen extrême, il ne faut pas oublier que dans la majorité des cas de cet ordre, les hémorrhagies sont arrêtées par d'autres méthodes bien connues.

En ce qui concerne l'emploi des injections utérines en dehors de l'état puerpéral, c'est-à-dire dans les métrites soit muqueuses, soit parenchymateuses, nous ne pouvons que répéter ce que nous avons dit plus haut : essayer préalablement tous les autres moyens. Enfin, pour les fibromes utérins, on a obtenu un grand nombre de succès avec les injections hypodermiques d'ergotine. Nous avons même remarqué, comme notre excellent ami le Dr Aimé Martin l'a signalé dans cette Revue, que les hémorrhagies causées par des fibromes diminuaient beaucoup sous l'influence des courants continus appliqués convenablement.

En résumé les injections intra-utérines peuvent rendre de grands services en pathologie utérine. Mais il ne faut en user qu'avec prudence et nous arrivons en effet en terminant à la grosse question des accidents occasionnés par cette méthode de traitement. Ces accidents peuvent se diviser en phénomènes d'inflammation de l'utérus, du péritoine et du tissu cellulaire pelvien ; et au passage du liquide employé dans le péritoine.

Les phénomènes inflammatoires sont rares lorsque l'injection est faite suivant toutes les règles. Il suffit pour s'en convaincre non seulement de lire les auteurs qui se sont occupés spécialement de la question et qui n'ont guère observé d'accidents de ce genre, mais encore de rechercher dans ces observations suivies de l'apparition de phénomènes inflammatoires si on ne peut invoquer une contre-indication méconnue ou un manuel opératoire défectueux. C'est ce qu'à fait avec succès M. Kufferath et il a pu facilement faire justice de ces cas. Du reste en thèse générale, toute méthode de traitement mal appliquée peut provoquer des accidents d'une gravité extrême :

Les partisans des injections se sont basés sur l'impossibilité qu'il y a après la mort à faire pénétrer un liquide à travers les trompes jusqu'à la cavité péritonéale. On ne peut assimiler d'une façon absolue ce qui se passe sur le cadavre à ce qui se passe sur la femme vivante (de Sinety). De plus on peut trouver des trompes dilatées.

M. Guichard a pu dire, après ses belles recherches, que les partisans du passage n'ont jamais pu fournir de preuves. M. Kufferath conclut des expériences et observations qu'on trouvera résumées dans sa thèse, que sur le *cadavre les injections dans la matrice peuvent passer par les trompes et arriver dans la cavité abdominale, lorsque l'écoulement du liquide par le col est entravé.*

Ce fait ne se produit pas lorsque les injections sont faites avec le même soin que sur le vivant. Le passage du liquide se fait lentement ; il s'éccule goutte à goutte.

De plus, du liquide et de l'air injectés peuvent passer dans les veines et les sinus utérins, quand les injections sont forcées.

Remarquons que, sur la femme vivante, l'utérus par sa contraction détermine une occlusion de tous les orifices et tend à expulser les liquides qu'il contient. Cette expulsion se produit le plus souvent par l'orifice cervico-utérin. Mais une certaine quantité de liquide peut rester emprisonnée dans l'utérus et s'échapper par le point *minoris resistantiæ.*

Les observations avec autopsie, où on a pu constater le passage dans les trompes et que rapporte M. Kufferath, ne sont guère faites pour renoncer aux injections intra-utérines. Nous trouvons dans l'une, en effet, une contre-indication, dans une deuxième une trompe dilatée, enfin dans une troisième on s'était servi d'un appareil non approprié. Heureusement qu'il termine son intéressante thèse par un nombre suffisant de faits bien observés, dans lesquels on trouve la

preuve indéniable que les injections intra-utérines peuvent être employées sans danger lorsqu'il n'y a pas de contre-indication, et surtout lorsqu'elles sont effectuées avec toutes les précautions et les détails opératoires voulus.

Dr V. de Fourcauld.

REVUE DES JOURNAUX.

Accouchement artificiel provoqué par les injections d'eau chaude dans un cas d'hydramnios, par Benicke. — Une femme, qui avait eu six accouchements à terme faciles et deux accouchements avant terme, vit ses règles faire défaut au commencement d'octobre 1870. Tout marcha bien d'abord, mais dès la première moitié de la grossesse elle éprouva des troubles insolites, des douleurs qui, d'abord légères, augmentèrent d'intensité, des vomissements et surtout un accroissement rapide de l'abdomen, de l'œdème des pieds qui gagna bientôt les jambes. Au commencement de juin les douleurs étaient intolérables, il y avait des douleurs au-dessous des côtes, de l'insomnie et de l'impossibilité à marcher.

Le 12 juin, lorsqu'elle consulta le professeur Benicke, la circonférence du ventre ne mesurait pas moins de 114 centimètres ; du pubis au nombril on trouvait 26 centimètres et du nombril au fond de l'utérus 20 centimètres. Nonobstant cet état, le cœur, les poumons et les reins furent trouvés normaux. A l'inverse de la partie supérieure, le segment inférieur de l'utérus était peu dilaté ; la tête qui se présentait était d'une mobilité extrême ; enfin le cervix était conservé et le méat interne permettait l'introduction de l'index.

De ces données Benicke conclut à l'existence d'une hydropisie considérable de l'amnios, mais il ajouta que l'utérus renfermait vraisemblablement deux jumeaux avec hydropisie plus marquée dans l'une des cavités amniotiques, à raison de la différence existant entre la dilatation des parois abdominales. En conséquence et vu l'état général de la femme, il provoqua l'accouchement.

L'agent qu'il choisit fut l'irrigation du vagin faite avec une eau chauffée à 40° Réaumur et additionnée d'un peu d'acide carbolique; à chaque fois il en faisait pousser deux à trois irrigations. Après la

deuxième injection pratiquée à 10 heures du soir, douleurs lombaires survenant périodiquement, mais s'arrêtant dans la nuit. Le matin il pratiqua la troisième et la quatrième injection. A onze heures, le cervix était effacé et le méat interne admettait une demi-main ; rupture artificielle des membranes et écoulement peu abondant de liquide ammiotique. A 4 heures de l'après-midi, expulsion du premier enfant. A 5 heures et demie rupture de la deuxième poche et écoulement énorme de liquide, à la suite, expulsion du second enfant, venu comme le premier par le sommet. C'étaient deux garçons vivants ayant de 44 à 46 cent. de longueur.

La rétraction de l'utérus fut rapide et les suites des couches ont été normales. (*Berlin, Klin. Woch.* 1879, n° 52.)

Danger de la pilocarpine dans l'éclampsie. — Saenger rapporte trois cas d'éclampsie traités par ce médicament à la dose de 2 centigr. en injections. Les crises ont paru arrêtées, mais les malades furent prises de suffocation, causée par l'impossibilité d'avaler leur salive, sécrétée en grande abondance. Deux malades moururent. S... en conclut que la pilocarpine est un bon remède au début du mal ; il est dangereux quand le coma a supprimé l'action réflexe. (*Arch. f. Gyn.*, volume XIV, 3e fascicule.) A. CORDES.

Lithopédion enlevé par la laparotomie. — A. Martin, de Berlin, raconte l'ablation d'un lithopédion du poids de 220 grammes. L'opérée se rétablit. Martin croit que c'était une grossesse tubaire. (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, vol. III, fasc. 2.) A. CORDES.

VARIÉTÉS

La nouvelle clinique d'accouchements. Le conseil municipal de Paris a voté dernièrement des crédits complémentaires qui lui étaient demandés pour l'achèvement de la clinique d'accouchements élevée rue d'Assas, à l'extrémité des terrains anciennement détachés du jardin du Luxembourg.

Le rapport de M. Bourneville à ce sujet établit que les devis primitifs soumis au conseil municipal en 1876 ont été notablement dépassés, malgré les assurances contraires qui furent données à cette époque par M. Ferdinand Duval, alors préfet de la Seine. Voici la récapitulation des dépenses, dressée par M. Bourneville.

Achat du terrain.		489.820 »
Construction. — Premier devis.		849.665 »
— Crédit supplémentaire (fondations). .		153.000 »
Appareils pour le chauffage et la ventilation.		79.105 »
Crédit supplémentaire pour le service des eaux, l'éclairage, le jardinage, etc.	34.254 82	166.632 96
Ameublement.	132.378 14	
Évaluation du matériel du vieil établissement à utiliser.		75.508 »
Total.		1.813.220 96

En résumé, conclut M. Bourneville, la nouvelle Clinique d'accouchements devant contenir 74 lits, il s'ensuit que chaque lit revient au prix énorme de vingt-quatre mille cinq cents francs (24,500 fr.).

Le Conseil municipal était consulté sur l'excédant, 166,632 fr., 96, compris dans la récapitulation ci-dessus.

M. Bourneville proposait de l'approuver, mais il demandait que l'on supprimât les rideaux, étant d'avis avec la grande majorité des médecins accoucheurs que les rideaux au lit d'une femme en couches ont plus d'inconvénients que d'avantages.

Le conseil, après discussion, a décidé que, par économie, le service du culte serait confié à l'aumônier de la Maternité et la direction même de la clinique au directeur de la Maternité, cet hôpital étant très voisin de la nouvelle clinique, où le service sera très peu chargé.

Le concours de chirurgie et d'accouchements s'est terminé par les nominations suivantes :

Chirurgie. — *Paris*: Reclus, Bouilly, Peyrot.
Montpellier : Tédenat.
Lille: Gaulard.
Lyon : Levrat.
Bordeaux : Boursier.
Nancy : Weiss.

Accouchements. — *Paris* : Budin.
Montpellier : Dumas.
Lille : Gaulard.
Lyon : Duchamp.
Bordeaux : Lefour.

AVIS

A cause de la fête nationale les *Annales de gynécologie* n'ont pu être tirées à temps pour paraître le 15. Nos lecteurs voudront bien nous excuser de ce retard involontaire.

Les *Annales de gynécologie* ont reçu :

Operazione cesarea seguita da sutura uterina con esito felice per la madre e pel figlio, par le Dr Cesare Belluzzi. Bologne, 1879.

The treatment of epithelioma of the cervix uteri, par le Dr Marion Sims. Extrait de l'*Amer. Journ. of obstetrics*, vol XII, n° 3, juillet 1879.

Remarks on ovariotomy with relation of cases and peculiarities in treatment, par le Dr Nathan Bozeman. Extrait de *The medical record*, juillet et août 1879.

Statistics of placenta prœvia collected from the practice of physicians in the state of Indiana, par le Dr Enoch W. King (de Galena).

Operazione cesarea con ampletazione dell' utero e delle ovaia con esito felice per la madre e pel figlio. Communication à l'Académ e de médecine de Turin, 1879.

Bassin vicié par suite de l'amputation du fémur dans le jeune âge, par le Dr Dumas. Montpellier, 1879.

Ovariotomie suivie de succès, par le Dr Eustache. — J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1879.

Bassin spondylcolistique, par le Dr Van den Bosch. Extrait du *Bull. de l'Ac. de méd. de Belgique*, t. XIII, 3e série, n° 6, 1879.

Trois nouvelles observations de laminage de la tête fœtale, par le Dr Wasseige (de Liège). Extrait du *Bull. de l'Ac. de méd. de Belgique*, t. XIII, 3e série, n° 7.

Essai pratique et appréciation du forceps du Dr Tarnier, par le Dr Wasseige (de Liège). Liège, 1879.

Le gérant : A. Leblond.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 29-31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Août 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A LA MÉCANIQUE GYNÉCOLOGIQUE.

Par le Dr E.-C. Gehrung, de Saint-Louis (Etats-Unis).

L'importance qu'il y a, non seulement pour le spécialiste, mais encore pour le médecin praticien en général, à avoir une idée nette des conditions d'équilibre de l'utérus est aujourd'hui bien sentie; cependant les données des livres classiques sur ce sujet sont trop superficielles. Je ne crois pas devoir, au début de ce travail, me laisser entraîner à examiner les principes généraux qui légitiment l'emploi des pessaires; trop de gynécologistes leur ont donné leur appui pour que je ne considère pas ce point de doctrine comme vidé.

Quelles conditions doit remplir un bon pessaire?

1° Il doit remédier à toutes les déviations pour lesquelles on

l'applique, qu'elles soient ovarienne, utérine, vaginale, vésicale ou rectale;

2° Il ne doit obstruer, ni le vagin, ni le rectum, ni le conduit urinaire, ni appuyer sur des organes importants;

3° Sa présence ne devrait être perçue par la malade autrement que par le soulagement qu'elle en obtient;

4° Il doit rester en place s'il a été bien choisi et bien appliqué;

5° Il doit avoir assez de corps pour ne pas endommager les tissus environnants et être complètement dépourvu de trous, d'œillères, d'angles aigus, de bandes élastiques et de mécanisme quelconque;

6° Il doit être suffisamment malléable pour pouvoir être adapté à chaque cas particulier;

7° Il doit ne pas pouvoir être corrodé par les produits de sécrétion et être d'une surface suffisamment polie pour éviter la tendance à l'incrustation;

8° Il doit être ni élastique ni susceptible de changer de forme de lui-même sous l'influence des pressions et de la température auxquelles il est soumis quand il est en place;

9° Il ne devrait pas nécessiter de support extérieur;

10° Il devrait répondre à un type fondamental, de manière à ce que les modifications réclamées par les cas particuliers ne soient que légères et exceptionnellement nécessaires.

On voit tout de suite que le caoutchouc durci seul répond aux conditions susmentionnées.

Passons rapidement en revue la série des moyens employés pour soutenir la matrice. Parmi les appareils extérieurs nous trouvons d'abord la ceinture hypogastrique; je ne crois pas qu'elle puisse être d'aucune utilité contre les déplacements de l'utérus vide, sinon en immobilisant jusqu'à un certain point l'abdomen et son contenu, soulageant par là certaines incommodités, mais un déplacement préexistant de l'utérus ne peut qu'en être exagéré, la ceinture hypogastrique n'est donc indiquée que dans les déplacements avec augmentation considé-

rable du volume de la matrice et un relâchement notable des parois abdominales.

Les pessaires à tiges, maintenus de l'extérieur, ont beaucoup de désavantages; qu'il suffise de mentionner la gêne qu'ils produisent, la nécessité de souvent les sortir et les replacer, la facilité avec laquelle ils se déplacent et amènent par là des douleurs vives. Ils devraient être réservés pour les cas où le périnée, suite de déchirure étendue ou de laxité extrême, n'a pas le ressort nécessaire pour retenir un pessaire intra-vaginal, la malade se refusant à une intervention chirurgicale. Les pessaires internes s'appliquent dans le vagin ou dans l'utérus; l'opinion est fixée sur ces derniers; ils ne devraient jamais être employés dans un but mécanique tant que les premiers n'ont pas absolument échoué; et encore faut-il qu'il n'existe pas la moindre irritation utérine ou pelvienne. Les pessaires vaginaux agissent soit par distension, soit par adaptation; les deux classes comprennent des instruments élastiques, flexibles ou solides; ces derniers devraient toujours avoir la préférence : voici en effet les raisons qui me font rejeter les pessaires *élastiques* :

1° Nous connaissons approximativement la position normalement occupée par l'utérus et devons conséquemment savoir dans quelles limites le pessaire devra agir;

2° Si l'utérus ne peut pas être ramené de suite à sa position normale par les manœuvres ordinaires, il serait imprudent de chercher à atteindre ce résultat au moyen d'une pression élastique continue, vu les effets connus de cette pression, par exemple dans la ligature élastique, le bandage d'Esmarch, etc.;

3° Je nie que les pessaires élastiques soient d'une application plus facile; c'est le contraire qui est vrai : un pessaire élastique est dangereux s'il est trop fort et inutile s'il est trop faible; si entre ces deux extrêmes on arrive à créer un bon instrument, c'est qu'on aura fait pratiquement un pessaire solide. Ceux de caoutchouc durci, la substance la mieux adaptée au but, sont faciles à modifier dans leur forme, comme nous l'indiquerons dans l'appendice.

HISTORIQUE.

Le pessaire globulaire est probablement le plus ancien de tous; par des modifications graduelles il est devenu semi-globulaire, discoïde, annulaire. Chacun de ses instruments a eu son jour, ses succès ou ses échecs suivant le plus ou moins d'habileté de celui qui s'en servait; globulaires ou non, ils agissent par *distension* et ne doivent leurs bons effets qu'à la simple élévation, tandis que la déviation utérine en est souvent augmentée, la forme annulaire seule se prête au principe d'*adaptation*.

Un phénomène étant donné, il y aura souvent autant d'explications différentes de ses causes et de ses effets que d'observateurs. Ces explications pourront être diamétralement opposées tout en étant d'un côté comme de l'autre justifiées par les faits, selon le point de vue auquel se sera placé l'observateur; cette remarque s'applique particulièrement au sujet que j'étudie; il en est peu où les opinions aient plus varié.

Pourquoi les versions et flexions utérines sont-elles suivies de phénomènes pathologiques?

Je ne m'arrêterai qu'un instant sur cette question; encore faut-il qu'elle soit vidée pour que l'action d'un pessaire puisse être comprise. Ce n'est pas que l'utérus supporte difficilement une déviation de forme et de position; les deux peuvent coexister à un degré prononcé sans la moindre gêne; mais il ne tarde pas à se produire des souffrances s'il y a de la compression réciproque entre la matrice, les organes et les tissus environnants, car à cette compression vont succéder le désordre fonctionnel d'un ou de plusieurs de ces organes, de la gêne de la circulation et des troubles nerveux réflexes de tous les organes du bassin.

Il est intéressant de voir l'histoire des pessaires se répéter dans un très court espace de temps, par la rapide succession du globe de Physick, le disque de Dewees, l'anneau de Meig, etc.;

à ceux-ci succédèrent des instruments plus scientifiques, le levier de Hodge, l'anneau oval de Hewitt et bien d'autres.

Le mérite du pessaire de Hodge est établi par sa réputation universelle; mais la facilité avec laquelle il se déplace a fait se produire un grand nombre de modifications parmi lesquelles celle de A.-H. Smith tient la première place; il rendit plus étroite l'extrémité inférieure du pessaire de Hodge et exagéra sa courbe en arrière, de sorte que son instrument a la forme d'un coin, large en haut, étroit en bas, l'étroitesse de l'extrémité inférieure lui permet de s'appuyer sur l'arc du pubis entre ses deux branches; c'est ce qui lui donne sa stabilité.

L'incurvation de cette extrémité a pour but de prévenir la compression de l'urèthre. Ces modifications sont bonnes car elles reposent sur des principes bien compris de mécanique; mais en dépit de cette amélioration de l'extrémité inférieure du pessaire, l'extrémite supérieure se déplace encore facilement; plusieurs tentatives ont été faites pour corriger cette tendance.

La modification que j'ai introduite au pessaire de Smith con siste dans une dépression centrale de haut en bas et d'arrière en avant de la courbe supérieure (fig. 1 et 2). Il est clair que quand



FIGURE 1.

la convexité d'un arc appuie contre un corp également convexe, peu résistant et bien lubrifié, surtout si le poids à supporter par cet arc repose sur le point le plus élevé, les deux tendent à dévier dans le sens de la moindre résistance; c'est ce qui arrive fréquemment avec les pessaires de Hodge, de Smith, de Hewit et d'autres appliqués dans le cul-de-sac postérieur; au lieu de

soutenir l'utérus dans sa nouvelle position l'instrument dévie d'un côté et le col de l'autre, ce qui permet à la matrice de regagner sa malposition en dépit de la présence du pessaire; celui-ci devient alors non seulement inutile, mais encore gênant

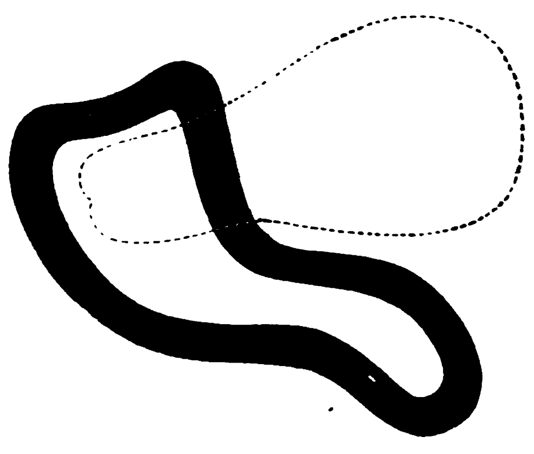


FIGURE 2.

pour la malade. Si au contraire l'appui contre la résistance a lieu par deux points séparés, la déviation latérale n'est pas si facile; il faut naturellement éviter de rendre l'instrument anguleux (voir fig. 1, *a* et *b*). Si par accident les ovaires sont déplacés, ils seront relevés plus efficacement que s'il n'y a qu'un point de support.

Le pessaire de Smith et ses modifications étant coniques, vus de face, la base en haut et le sommet en bas, comment n'échappent-ils pas? Il y a à cela plusieurs raisons.

1° Ils agissent comme leviers et ont par suite trois points d'appui (voir fig. 3, *a*);

2° La cavité vaginale a également la forme d'un cône renversé, étroit en bas, large en haut;

3° Le vagin est doué d'une certaine tonicité qui maintient rapprochées ses parois, enfin quand l'utérus est ramené à sa po-

sition d'antéversion, le col lui-même concourt au maintien du pessaire (voir fig. 2).

La première de ces raisons demande quelques explications ; du moment que le poids à soutenir (utérus et voûte vaginale) porte sur le bras du levier supérieur, qui est le plus court, et le presse de haut en bas et d'avant en arrière, le bras inférieur, le plus long, sera pressé dans la direction inverse, c'est-à-dire en avant et légèrement en haut; il n'aura donc pas de tendance à s'échapper du vagin, mais se fixera fermement sous l'arc du pubis (fig. 3, *a*) s'il est étroit du bas, ou en arrière de la vessie si on lui a gardé la forme du pessaire de Hodge.

Du reste le replacement de l'utérus au moyen de pessaires est dû principalement à la reproduction de la voûte vaginale effacée : en raison de ses attaches le col utérin suit le mouvement et le fond de l'organe ne peut que se renverser dans la direction opposée, en avant, où il se trouvera maintenu par le poids de la masse intestinale, agissant dès lors sur sa face postérieure.

Le pessaire à rétroversion, modifié ainsi qu'il vient d'être dit, rend de bons services dans la rétroversion simple, le prolapsus des ovaires, le rectocèle et la rétroflexion.

Il est inutile de traiter séparément de la rétroversion et de la rétroflexion s'il n'y a pas complication de tumeurs, d'adhérences ou de changements trophiques de l'organe; ces deux conditions dépendent des mêmes causes, ne diffèrent qu'en degré et cèdent au même traitement.

Si d'une manière ou d'une autre l'utérus se trouve incliné en arrière au delà d'une ligne parallèle à l'axe du corps, ce qui exige une certaine élongation des ligaments utéro-sacrés, un certain nombre de circonstances tendront à le placer peu à peu en rétroversion. La dépression laissée par la matrice entre elle et la vessie, sera occupée par des anses intestinales dont la distension périodique due à la digestion ne manquera pas d'augmenter la déviation déjà existante; il arrivera un moment où le poids de la masse intestinale portera en plein sur la face antérieure de l'utérus et pressera cet organe non plus seulement en arrière, mais aussi en bas, sous le promontoire du sacrum. Le col, par

ses attaches à la vessie en avant joue le rôle de charnière, de sorte que la constipation aidant, le corps de l'utérus pourra être poussé jusqu'au plancher du périnée, constituant ainsi rétroversion, rétroflexion et descente, avec des degrés en rapport avec le plus ou moins de résistance des attaches du col, du tissu utérin et des parois vaginales.

La paroi vaginale postérieure étant entraînée en avant par le col, se relâche et son cul-de-sac s'efface; si dans ces conditions le fond de l'utérus est arrêté dans la concavité du sacrum, les efforts de défécation s'épuiseront sur lui et sur la masse fécale déjà accumulée au-dessus de lui, le rectum fera saillie vers la cavité vaginale et produira la rectocèle. Mais que le fond de l'utérus congestionné soit arrêté par le promontoire ou entre lui et le périnée, alors l'effort d'expulsion portera plus en avant, vers le col, tandis que ce sera le fond qui sera le centre de rotation; il y aura relâchement de la paroi antérieure du vagin, prolapsus et cystocèle. De là à la procidence complète il n'y a pas loin; il suffit que la constipation continue, les efforts d'expulsion fixant le fond de l'utérus sur le plancher du périnée feront basculer le col dans la vulve et avec le temps la procidence sera constituée. Tout ce mécanisme est bien entendu fort lent et embrasse souvent une longue suite d'années.

Il existe certainement d'autres modes de production de ces désordres, mais ils sont trop bien décrits dans les traités de gynécologie pour que j'aie à m'en occuper, je ne me suis étendu sur celui qui précède que parce que, dans bien des cas, le traitement consiste à faire refaire à l'utérus le même chemin en sens inverse.

La reposition et le maintien mécanique constituent le traitement de la rétroversion et de la rétroflexion. Les agents principaux de la reposition de l'utérus sont la sonde utérine, les élévateurs de Sims, Emmet et d'autres, le levier rectal de Boislinière, la position genu-pectorale et enfin simplement la main.

Tous ces moyens ont leurs inconvénients selon l'état de la patiente, de la matrice et des organes environnants; leur discussion se trouve dans la plupart des ouvrages classiques, je ne m'y

arrêterai donc pas et ne parlerai que de la reposition manuelle, à laquelle je donne la préférence parce qu'elle constitue le procédé le plus rationnel et le plus assuré du succès dans tous les cas où le succès est possible.

La patiente sera placée dans le décubitus dorsal. C'est l'index seul que les livres classiques nous enseignent à employer tant pour l'examen que pour les manœuvres en gynécologie; mais, au contraire, partout où l'ouverture vulvaire s'y prête, je conseille de se servir de deux doigts, l'index et le médius; on y gagne en longueur et l'on se facilite toute une variété de manœuvres que l'emploi d'un seul doigt ne permettrait pas.

A l'aide des deux premiers doigts introduits en supination on soulève le fond de la matrice de manière à la faire passer d'un côté ou de l'autre du promontoire du sacrum; cela fait, passant les doigts entre et par dessus les ligaments utéro-sacrés, on repousse la matrice en avant vers la paroi abdominale aussi loin que possible, pendant que les doigts de la main libre placée à l'extérieur cherchent à travers la paroi abdominale à atteindre le bord supérieur et ensuite la face postérieure du corps de l'utérus, ce qui n'est pas difficile si les doigts dans le vagin portent bien la matrice à la rencontre de la main externe. Dès que celle-ci a atteint son but, les deux doigts intra-vaginaux passeront en avant sous la face antérieure du col de manière à pousser celui-ci en arrière et en haut, pendant que la main sur l'abdomen, en mouvant les doigts alternativement, avance le corps de l'utérus vers le pubis jusqu'à contact complet, de manière à pouvoir par le vagin sentir toute la face antérieure, et à travers la paroi abdominale toute la face postérieure de la matrice. Mais tant qu'une anse intestinale ou un repli péritonéal restera en avant de l'utérus, on pourra s'attendre à voir le déplacement se reproduire en dépit de la présence d'un pessaire.

Si la manœuvre ci-dessus décrite est couronnée de succès, il ne reste dans un grand nombre de cas qu'à placer un pessaire bien choisi.

Si, au contraire, on ne réussissait pas du premier coup, en raison d'adhérences ou de quelqu'autre cause, il faudrait se

contenter provisoirement des avantages acquis et les maintenir; si l'on n'avait pu qu'élever la matrice au-dessus du promontoire, il faudrait placer un pessaire de Hodge renversé, c'est-à-dire avec l'arc inférieur en haut de manière à empêcher l'utérus de basculer en arrière à nouveau : souvent cette application suffira pour corriger complètement le déplacement; sinon il faudra répéter au bout de quelques jours la manœuvre ci-dessus décrite, puis placer un pessaire permanent. Il est dans tous les cas bien préférable d'arriver au but lentement, en plusieurs fois, et armé seulement des doigts qui sentent, que de brusquer le résultat au moyen d'instruments, agents aveugles et souvent dangereux.

Dans les cas même où le pessaire de Hodge renversé aurait fait la reposition complète de la matrice, l'on serait cependant tôt ou tard obligé de le remplacer par un pessaire permanent, à grande courbure supérieure, qui ménage plus d'espace pour le rectum et soutient mieux le vagin.

Le temps pendant lequel le pessaire doit être maintenu varie nécessairement selon les cas. Pour une rétroversion récente quelques semaines, souvent même quelques jours suffiront; mais pour les cas chroniques et compliqués de grands relâchements, l'usage du pessaire devra souvent être permanent. Bien entendu cet usage n'exclut en aucune façon les divers agents thérapeutiques destinés à rétablir la tonicité des parties et la santé générale de la malade; cette partie du traitement, hygiénique ou pharmaceutique, ne rentre pas dans le cadre de cette étude.

Un pessaire à rétroversion ou à rétroflexion une fois bien placé, le moins on le dérangera le mieux cela vaudra. Il sera même avantageux de négliger jusqu'à un certain point de traiter les maladies inflammatoires ou trophiques intercurrentes de la matrice, la reposition seule suffisant souvent à les guérir au bout de quelque temps.

Il faut que la malade ne s'aperçoive pas de la présence du pessaire; si elle en est le moins du monde incommodée, ou s'il se produit de la leucorrhée alors qu'il n'y en avait pas habi-

tuellement, c'est que l'instrument est mal adapté ou s'est déplacé, il faudra le mieux placer ou modifier sa forme ou encore en changer le numéro.

Il n'existe pas à proprement parler de pessaires à *antéversion*; tous ceux qui portent ce nom sont des pessaires à rétroversion munis d'un appendice ou arc adapté à l'antéversion; les plaintes des malades et le désappointement des médecins sont là pour prouver que le principe de ces instruments est mauvais. L'échec de toutes les tentatives faites dans cette direction a été si complet que l'on en est venu à considérer l'antéversion à tous les degrés comme l'état normal de l'utérus et à condamner comme inutiles tous les procédés destinés à corriger cet état.

Le pessaire de Smith paraît avoir été le plus en faveur comme base des pessaires à antéversion, à en juger par la grande variété de ceux qui ont été construits sur ce principe; et cependant il est au point de vue mécanique fort peu modifiable dans un semblable but; l'appendice dont on l'a muni (voir fig. 3, *b*), fait passer le poids de la courbe supérieure au milieu de l'instrument et fait disparaître ainsi l'action du levier qui le maintient en position; ainsi modifié il n'est plus qu'un étai pour l'arc de l'antéversion, reposant sur la paroi postérieure du vagin, de la voûte à la fourchette, et par conséquent aussi inutile qu'incommode.

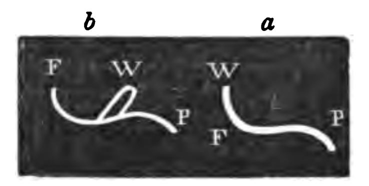


FIGURE 3.

Le vice général des pessaires à antéversion, comme l'ont bien indiqué P.-F. Mundé et d'autres, est la présence d'un arc postérieur qui les rend intolérables, principalement en raison de la compression qu'ils exercent sur le rectum. Je ne connais qu'un instrument qui échappe à ce reproche, c'est celui que

j'ai construit et mis sous les yeux de la profession pour la première fois en 1873.

Ce pessaire est basé sur un principe tout différent; il a tous les avantages de ceux que nous venons de considérer sans en avoir les inconvénients; du reste sa popularité croissante est un sûr garant de ses qualités. Il n'a qu'un point fixe, qu'un support osseux, c'est l'arc du pubis sur lequel il se meut à la manière d'une charnière, en suivant les mouvements des viscères pelviens; c'est le fond de l'utérus qu'il écarte du pubis. Il ne prend pas, comme les autres, de point d'appui sur le cul-de-sac postérieur, mais repose par ses branches latérales en partie sur le plancher du périnée, et en partie sur les parois antérieures latérales du vagin étroitement appliquées sur lui (voir fig. 4, *d*). De cette manière les deux arcs antérieurs superposés sont maintenus et maintiennent eux-mêmes la matrice dans sa situation normale, l'arc supérieur soutenant sa face antérieure, l'arc inférieur reposant sous l'arc du pubis sans obstruer l'orifice du vagin; de plus ce pessaire agit ici comme celui de la rétroversion en ramenant en avant le cul-de-sac antérieur et la vessie que le déplacement du col tiraillait en arrière.



Figure 4.

L'instrument entier s'adapte commodément aux parois antérieures et latérales du vagin; il se compose d'un arc supérieur convexe et d'un arc inférieur concave, respectivement marqués S et I supérieur et inférieur dans la figure, reliés par deux arcs latéraux postérieurs D et G, droit et gauche (voir fig. 5).

L'étiologie de l'antéversion et de l'antéflexion n'offre pas le

même intérêt au point de vue mécanique que les déviations de l'utérus en arrière. Dans bien des cas le vice de direction est congénital et dû à un arrêt de développement; dans d'autres il reconnaît une origine pathologique, par exemple une altération de la nutrition de l'organe, l'hypertrophie ou l'atrophie de l'une ou de plusieurs de ses parties, des tumeurs, des rétractions et des adhérences dues à de l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal, des exsudats ou des néoplasmes du voisinage, etc., il peut être dû à des attitudes vicieuses prolongées, par exemple l'inclination du corps en avant nécessitée par plusieurs des emplois de la femme, enfin à des vêtements serrant trop la taille.

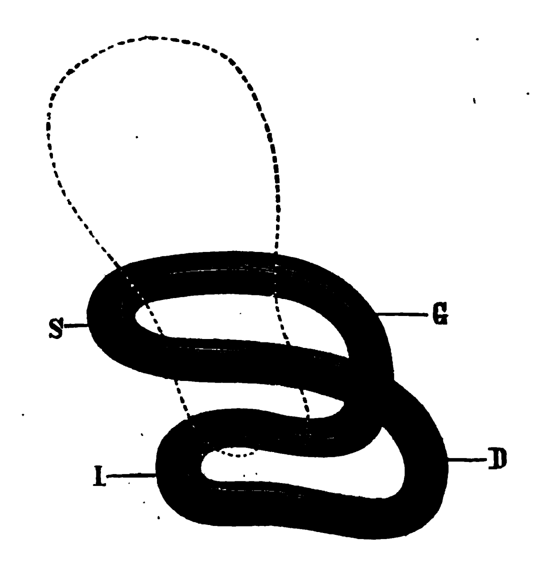


Figure 5.

La matrice est normalement déjà tellement inclinée en avant qu'il n'est pas besoin d'un mécanisme complexe pour expliquer les malpositions dans cette direction.

Le traitement des déplacements en avant est simple, mais la cure radicale de l'antéflexion ne réussit généralement pas aussi bien que celui de la rétroflexion; par contre le soulagement est

tout aussi marqué pour les complications, la dysménorrhée par obstruction, les douleurs pelviennes, les symptômes de compression de la vessie et du rectum, etc.

L'on fera bien de renverser l'utérus en arrière aussi souvent que possible de manière à le dégager, lui et ses appendices, de leur mauvaise position et d'étirer dans la mesure du possible les tissus rétractés et les adhérences qui auraient pu se produire.

La manœuvre consiste à repousser doucement et avec persistance, au moyen de deux doigts, le col utérin en haut et en avant vers le cul-de-sac antérieur, tandis que les doigts de la main libre agiront sur le fond de l'organe de manière à le placer autant que possible en rétroversion. Dans le but de distendre les adhérences latérales et de rendre à la matrice sa mobilité dans tous les sens, il est utile de mouvoir avec prudence le col de côté et d'autre. Après cela on appliquera le pessaire à antéversion (fig. 5) de la manière indiquée dans l'appendice.

S'il y a antéflexion, au lieu de repousser le col en haut il faudra simplement le presser directement en avant contre la face postérieure de la symphise pubienne et la paroi abdominale et le maintenir là en appliquant un des doigts, s'il est possible, sur le siège de la flexion, tandis que la main libre manœuvrera comme dans le cas d'antéversion; de cette manière ce sera le corps seul de l'utérus qui basculera en arrière et la flexion sera temporairement corrigée.

Ici encore comme pour l'antéversion il faudra s'appliquer à ramener la mobilité de la matrice en mouvant surtout le col dans toutes les directions, pourvu qu'il n'existe pas d'inflammation aiguë actuelle des organes ou des tissus pelviens, puis placer durant et après ce traitement un pessaire à antéversion de manière à ne pas perdre les avantages acquis.

L'on pourra souvent considérablement hâter la résorption de produits inflammatoires au moyen du massage combiné externe et interne des organes pelviens. Toutes ces manipulations devraient être répétées assez souvent dans le but de préparer les organes pour l'emploi du pessaire, celui-ci ne remplissant que le rôle de soutien et non celui d'agent curatif.

Dans les cas où il y a cystocèle ou procidence en même temps qu'antéversion, ou encore cystite chronique provoquée et entretenue par la compression de la vessie, le pessaire à antéversion rend d'excellents services en soutenant la paroi antérieure du vagin, ce qui assure le replacement de la vessie et de l'utérus.

Si le pessaire allait au delà de son but en renversant l'utérus trop en arrière, il suffirait de le replacer renversé, c'est-à-dire avec l'arc inférieur, le plus court, en haut, de manière à soutenir le col de la matrice plus au centre de la cavité pelvienne.

Le traitement par le pessaire à antéversion d'une procidence amenée par la rétroversion est nécessairement palliatif en tant que la rétroversion ne sera pas corrigée par la réduction de la procidence, mais seulement diminuée au point de ne plus guère incommoder la malade; l'office du pessaire dans ce cas est simplement de maintenir en place le vagin, la vessie et le col utérin. La reposition de l'utérus sera faite par la main, puis on placera le pessaire; il faudra le choisir d'un numéro aussi fort que la capacité du vagin le permettra, sans cependant aller jusqu'à de la compression, et, pour les premières vingt-quatre heures, remplir le vagin de coton légèrement saupoudré de tannin, ce qui contribue à maintenir le pessaire; cette application pourra d'ailleurs être renouvelée si le besoin s'en fait sentir. Au bout de quelques jours on trouvera l'utérus considérablement décongestionné, presque normal comme poids et comme dimension; on pourra alors substituer un pessaire d'un numéro plus faible, et, si on le juge nécessaire, traiter plus tard la rétroversion restante selon les règles indiquées à propos du traitement de la rétroversion simple.

Il me serait facile de corroborer ces préceptes par de nombreuses observations tirées de ma pratique et de celle de confrères qui ont bien voulu m'appeler en consultation, si je ne craignais de prolonger outre mesure cet article, que j'ai encore à compléter en donnant dans un appendice quelques instructions pratiques sur la manière de choisir, de placer et de modifier les pessaires.

Il me reste encore auparavant quelques mots à dire des latéroversions et latéroflexions ; à part quelques exceptions, telles que la présence d'une tumeur sur le côté de la matrice, ces déplacements sont constitués par des déviations en avant ou en arrière (versions ou flexions), compliquées d'une rotation latérale sur l'axe longitudinal de l'organe, avec plus ou moins d'inclinaison d'un côté ou de l'autre ; le pessaire à rétroversion tel que je l'ai modifié suffit à empêcher cette déviation quand elle complique la rétroversion ; le pessaire à antéversion suffit aussi dans l'autre cas; il pourrait cependant échouer en déviant lui-même dans la direction opposée à celle où se trouve la latéroversion ; il serait facile d'y remédier en augmentant le diamètre antéro-postérieur et diminuant le diamètre transverse de l'instrument de la manière indiquée dans l'appendice.

Ces pessaires rendent de bons services également dans les premiers mois de la grossesse quand il y a des déviations utérines ; ils allègent la gêne et les tiraillements, font quelquefois par là disparaître les vomissements, et surtout dirigent dans une meilleure direction la matrice dans son expansion, rendant ainsi la grossesse et peut-être aussi le travail moins pénible.

Il faut absolument interdire aux malades de retirer leur pessaire la nuit ou pendant l'époque menstruelle ; les avantages acquis ne tarderaient pas à être perdus ; ne pas insister sur ce point serait rendre le traitement interminable. Ces instruments ne gênent pas non plus le coït ; si les rapprochements sexuels causaient de la douleur, il faudrait temporairement les interdire plutôt que d'autoriser la malade à enlever son pessaire.

APPENDICE.

Manière de choisir un pessaire.

La méthode la plus sûre pour déterminer le pessaire qu'il faudra pour un cas donné consiste à mesurer approximativement par le toucher le diamètre du vagin, puis de placer l'instrument

que l'on pensera correspondre à ces données; retouchant ensuite pendant qu'il est en place, on s'assurera qu'il n'est ni trop haut, ni trop long, ni trop large; il ne doit jamais être serré au point d'empêcher le doigt de se glisser entre lui et la paroi vaginale, tout autour de lui; s'il convient on le laissera en place, sinon on le modifiera dans ses dimensions ou bien on le remplacera par un numéro mieux approprié, en ayant toujours présent à l'esprit que les pessaires doivent agir par adaptation et non par distension.

Quant à la manière de modifier un pessaire dans sa forme, elle est à la portée de tous : il faut commencer par graisser ou huiler le segment à plier ou à redresser, pour empêcher la gutta-percha de brûler; cela fait on le passe et le repasse rapidement au-dessus d'une flamme de petit volume, comme celle d'une lampe ou d'un bec de gaz, jusqu'à ce qu'il devienne pliant et mou, évitant toujours de laisser la flamme agir trop sur un point déterminé; cela fait on lui donne la courbe voulue et on l'y maintient jusqu'à refroidissement, que l'on peut accélérer en plongeant l'instrument dans l'eau froide.

Pour faire un pessaire à antéversion d'un pessaire de Hodge il faut le chauffer sur une longueur de deux centimètres et demi vers l'union de son tiers moyen avec son tiers inférieur, et, quand cette partie est ramollie, comprimer l'instrument entre les doigts appliqués sur l'arc supérieur et les pouces sous l'arc inférieur de manière à rapprocher lentement ces deux arcs jusqu'à ce que la distance qui sépare les doigts des pouces ne soit plus que de trois centimètres, en ayant soin de rendre l'arc inférieur à peu près de six millimètres plus court que l'arc supérieur (voir fig. 5).

Pour augmenter le diamètre antéro-postérieur aux dépens du diamètre transverse, il faut chauffer en même temps les arcs supérieur et inférieur, puis rapprocher les arcs latéraux par une pression égale sur les côtés, de manière à maintenir leur parallélisme et s'arrêter quand on est arrivé à la longueur et à l'étroitesse voulues.

Pour faire le pessaire à rétroversion, c'est l'arc inférieur du

pessaire de Hodge qui devra être chauffé; une fois cet arc ramolli ses branches latérales devront être pressées l'une vers l'autre de manière à rendre l'instrument pointu en bas (voir fig. 2), puis, sans perdre de temps, pendant que cette pointe est encore chaude, on la pressera contre un plan résistant de manière à la recourber en arrière dans la mesure nécessitée par le cas. Reste à changer la forme de l'arc supérieur; après l'avoir chauffé à son tour, on maintiendra d'une main le pessaire, la concavité en avant, tandis que le pouce de celle-ci, appliqué sur le sommet de l'arc supérieur le déprimera en bas et un peu en avant jusqu'à l'amener un peu plus bas que les côtés (voir fig. 1, *a*, et fig. 2); la main libre en règlera en même temps la largeur; au lieu de cette manœuvre on pourrait presser l'arc supérieur contre un corps cylindrique d'environ un centimètre et demi de diamètre, couché sur un plan résistant.

Dans le pessaire à antéversion, la distance entre les arcs antérieurs ne devra guère varier, quel que soit le numéro de l'instrument; 18 millimètres entre les branches, ou, en comprenant leur épaisseur, 3 centimètres; la différence d'un numéro à l'autre est de 6 millimètres dans la longueur des diamètres transverse et antéro-postérieur.

Les numéros du pessaire de Hodge sont au nombre de 7, respectivement marqués 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70; le numéro 40 n'appartient pas à la série, parce que ce numéro n'est que le numéro 30 fait plus court et plus large, chaque numéro à six millimètres de longueur et de largeur de plus que celui qui le précède, j'ai dû, pour ne pas compliquer les choses, conserver ce numérotage également pour mes pessaires. Comme étendue cette série répond à tous les besoins de la pratique, pour la rétroversion comme pour l'antéversion.

La manière de placer mon pessaire à antéversion est très simple en pratique, bien que la description de la manœuvre ne soit pas facile et paraisse en faire une besogne compliquée; au moins dans les commencements il faudrait procéder comme il suit: placer le pessaire (voir fig. 5) renversé sur une table, l'arc inférieur I, qui est concave, en haut, et l'arc supérieur S, convexe,

en bas, les arcs D et G tournés vers l'opérateur; saisir de la main droite l'instrument par l'arc G ou gauche qui est maintenant à droite, et insérer par un mouvement en demi-cercle l'arc D (droit) dans le vagin à droite de la malade jusqu'à ce que les trois quarts de l'instrument y soient engagés; puis faire tourner le pessaire sur le point D comme pivot en poussant l'arc G vers la fourchette et le côté gauche de la malade, de manière à ce qu'en même temps que cet arc G pénètre dans le vagin, l'arc supérieur S tourne en haut sous le corps de l'utérus et l'arc inférieur I en bas vers le pubis. Le pessaire ainsi placé, la matrice regagnera son axe normal; si ce résultat n'était pas atteint du coup, l'on pourrait se servir du pessaire même comme d'un repositeur, en le pressant doucement en haut et en avant. Cette manœuvre permet d'introduire les plus forts numéros aussi facilement que les plus faibles et assure à cet instrument l'avantage d'exiger moins d'espace pour son introduction que n'importe quel autre pessaire.

Le pessaire à rétroversion se place comme le pessaire de Hodge non modifié.

De nombreux essais ont été faits pour arriver à construire un pessaire universel, s'adaptant à toutes les déviations. Plus un instrument de ce genre approchera de son but, moins il aura de valeur pour chaque cas particulier; en effet en lui supposant toute la perfection imaginable, il ne pourrait jamais que rendre à l'utérus sa position normale, tandis que pour assurer la guérison il est absolument nécessaire d'aller au delà et de maintenir la matrice à un certain degré de malposition inverse. De tous les instruments de ce genre arrivés à ma connaissance jusqu'à ce jour, aucun n'a d'avantage sur le pessaire globulaire, et, en raison de ce qu'ils obstruent le vagin et empêchent ainsi de constater les avantages acquis, ils sont à mon avis inférieurs au pessaire de Hodge non modifié et même aux pessaires en couronne ou en gimblette.

CONCRÉTIONS CALCAIRES DE LA CAVITÉ UTÉRINE

TUMEURS FIBREUSES MULTIPLES.

Par M. Bastien,
Prosecteur à Clamart (1859) (1).

Femme de 60 *à* 70 *ans.* — Le cadavre de cette femme était destiné aux répétitions de médecine opératoire. En faisant les ligatures nous avons été frappé d'une ossification extrêmement prononcée de tout le système artériel, surtout des artères du bassin. Le foie atrophié était réduit au lobe droit. Tout le lobe gauche, le lobe carré et le lobe de Spigel avaient presque entièrement disparu. Il ne restait plus que la trame vasculaire des lobes atrophiés, le tissu hépatique, les cellules avaient disparu.

L'utérus était considérablement augmenté de volume, il avait presque le volume du poing et présentait des adhérences avec les autres organes situés dans la cavité pelvienne, surtout avec le rectum, il était situé assez haut et son fond dépassait très notablement la symphyse du pubis.

La forme de l'utérus était globuleuse, sa surface présentait plusieurs bosselures arrondies. Il y avait deux bosselures principales sur le fond de l'organe vers les cornes : elles arrivaient presque jusqu'à la ligne médiane et étaient grosses comme une noix. Ces deux bosselures principales faisaient un relief considérable et étaient sorties du tissu utérin de plus de la moitié de leur circonférence; leur surface était aussi couverte de bosselures plus petites; nous avons compté cinq petites bosselures sur l'une de ces tumeurs (celle de droite).

(1) Note trouvée dans les papiers de Huguier et publiée avec l'autorisation de l'auteur.

Outre ces grosses bosselures il y en avait plusieurs plus petites situées sur les côtés de l'organe surtout à droite; quelques-unes détachées entièrement du tissu utérin étaient entièrement pédiculées; les autres faisaient un relief plus ou moins prononcé sous le péritoine qui était encore mobile sur elles.

Toutes les bosselures très dures, très résistantes, comme cartilagineuses au toucher, avaient une coloration d'un noir très foncé, comme du reste tout l'organe. Cette coloration, très prononcée surtout sur les grosses tumeurs du fond de l'utérus, nous avait fait penser d'abord à une affection cancéreuse, et cela d'autant plus que la grosse tumeur bosselée de la corne droite avait subi un commencement de ramollissement, qu'elle était plus molle que les autres. En la pressant entre les doigts on sentait cependant au centre de la partie périphérique plus molle, un corps dur comme pierreux. La coloration noire que présentaient à l'extérieur les tumeurs et même tout le fond de l'organe était due à une injection vasculaire très considérable, on voyait parfaitement de grosses veines rompues à la surface, des grosses bosselures.

En saisissant l'utérus entre deux doigts pour apprécier la consistance des tumeurs fibreuses, nous perçûmes une crépitation particulière et extrêmement caractérisée, c'était une crépitation comme cartilagineuse, comme s'il y avait eu dans la cavité de l'organe une multitude de concrétions flottantes dans un liquide. Cette sensation de crépitation ne ressemblait à aucune des sensations de ce genre; elle n'avait pas la rudesse de la crépitation osseuse, elle ne ressemblait pas non plus à la crépitation cartilagineuse; c'était quelque chose d'intermédiaire qu'il est difficile de caractériser. La crépitation se produisait pour peu que l'on pressât sur l'organe.

Voulant juger de l'état du col de l'utérus avant d'enlever l'organe, nous introduisons un doigt dans le vagin et nous reconnaissons que le fond du canal est rugueux, très dur. Le col est situé assez haut, il faut pousser assez fortement pour l'atteindre avec le doigt; il est un peu plus développé qu'il ne l'est généra-

lement chez les vieilles femmes, où on sent les deux lèvres; mais son orifice n'est pas dilaté.

Pendant que nous avons le doigt sur le col utérin, nous pressons légèrement avec l'autre main sur le fond de l'organe et nous chèrchons à soulever le col : le doigt et la main perçoivent très nettement l'un et l'autre, la crépitation caractéristique mentionnée précédemment.

Tous les organes contenus dans la cavité pelvienne étant enlevés en masse (vessie, rectum et vagin compris), nous fendons la face antérieure de l'utérus et nous trouvons sa cavité remplit par un liquide épais d'un rouge noirâtre et extrêmement fétide. Cette fétidité d'une nature particulière est bien différente de celle du cancer et tenant un peu de celle des matières fécales, imprègne les doigts et est très difficile à enlever par le lavage.

Dans le liquide sanieux qui remplit la cavité utérine, flottent un grand nombre de concrétions irrégulières, allongées, ressemblant à des stalactites. Ces concrétions, se ressemblent toutes plus ou moins : il y en a dix plus volumineuses que les autres. Outre ces dix concrétions principales il y en a plusieurs plus petites qui ressemblent aussi à des stalactites comme les précédentes; quelques-unes de ces petites concrétions présentent une surface rugueuse en un point, ce qui semble indiquer qu'elles ont été fracturées par la pression qui a été exercée sur l'utérus.

Toutes les concrétions grosses et petites sont irrégulières sur toutes leurs faces Elles présentent des enfoncements et des saillies : les enfoncements sont remplis par une matière fétide qui n'est autre chose qu'un dépôt provenant du liquide dans lequel elles sont situées, quelques-uns de ces enfoncements sont percés de trous irréguliers. Les saillies plus ou moins aiguës présentent ceci de remarquable, que sur une face de la concrétion on trouve une, deux et même trois de ces saillies dont le sommet présente une petite facette lisse et brillante comme de l'ivoire. Toutes les concrétions présentent de ces petites facettes, mais *seulement sur une de leur face*, ce qui

semblerait indiquer, comme nous le verrons plus loin, qu'elles n'ont pas toujours été flottantes dans la cavité utérine, et que dans le principe elles ont été, ou bien liées entre elles de manière à ne former qu'une seule masse, ou bien adhérentes à une surface lisse.

Mon ami M. Vulpian a bien voulu étudier la composition chimique de ces concrétions et les examiner au microscope. Il a vu qu'elles étaient composées de carbonate de chaux et qu'elles ne présentaient aucunement la structure des os.

La cavité utérine qui contenait ces concrétions était globuleuse comme la forme extérieure de l'organe. Elle était largement dilatée, sa capacité était plus que triplée, on y aurait bien certainement logé un œuf de poule. La muqueuse très épaisse n'était pas ramollie; elle était fortement injectée d'un noir livide et tomenteuse. Son aspect comme fongueux la faisait ressembler à celle d'un utérus qui aurait été le siège d'hémorrhagies répétées. Nulle part on ne trouve ni ulcération, ni trace d'ulcération, la muqueuse est partout régulière. Une dépression légère et assez large existe, il est vrai, du côté gauche, au-dessous de l'embouchure de la trompe, mais elle est si peu profonde et si bien effacée qu'il faut y regarder à deux fois pour l'apercevoir; rien n'indique que cette dépression ait des rapports d'origine avec les concrétions et que les calcaires y aient éte fixés.

Toute la muqueuse utérine a le même aspect régulier mais tomenteux, depuis le fond de la cavité jusqu'à son orifice vaginal; nulle part on ne trouve la moindre trace d'ulcérations, nulle part les tumeurs fibreuses des parois ne font relief dans la cavité de l'organe. En un mot, rien jusqu'ici n'indique que les concrétions se soient développées sur la muqueuse ou dans le tissu utérin lui-même, pour tomber ensuite dans la cavité de l'organe.

Les parois de la cavité utérine sont très épaisses. Leur épaisseur, plus que double, est plus considérable vis-à-vis les tumeurs fibreuses que dans les autres points. Il est un point cependant où la paroi a un peu moins d'épaisseur. c'est vis-à-vis la dépression légère que nous avons signalée au-dessous de l'ouver-

ture de la trompe gauche. Le tissu utérin a à peu près le même aspect qu'à l'état normal, il est seulement plus injecté, moins blanchâtre, sa résistance est aussi physiologique.

Les parois de l'utérus renferment un grand nombre de tumeurs fibreuses, sans parler de celles que nous avons décrites comme faisant relief à l'extérieur de l'organe, il en est plusieurs qui ne font aucun relief à l'extérieur et qui sont encore plus ou moins dans les parois. Presque toutes ces tumeurs extra-pariétales ont de la tendance a se porter vers l'extérieur; une seule est plus près de la muqueuse que du péritoine, mais, ainsi que nous l'avons déja dit, aucune d'elles ne fait relief dans la cavité utérine et même n'arrive sous la muqueuse. Toutes les tumeurs sont assez régulièrement arrondies, il n'y a que les deux grosses tumeurs extra-pariétales ou en voie de ramollissement qui soient bosselées. Toutes aussi sont facilement énucléables.

Nous incisons les tumeurs et nous reconnaissons qu'elles sont à différents degrés d'évolution. Les deux grosses tumeurs noires, bosselées, du fond de l'utérus sont bien certainement en voie de dégénérescence, de ramollissement, surtout celle de droite. Leur tissu, quoique encore bien lié, est moins résistant, plus friable que celui des autres et se laisse racler par le scalpel; il est aussi plus vasculaire ou plutôt gorgé de sang, ce qui lui donne une coloration noirâtre assez uniforme.

Une de ces deux grosses tumeurs, celle de droite, présente dans son centre une concrétion très bizarre, de forme étoilée' qui ressemble jusqu'à un certain point aux concrétions de la cavité utérine.

M. Vulpian, qui a examiné cette concrétion, a trouvé qu'elle avait la même composition chimique (carbonate de chaux) que ces dernières. La grosse tumeur de gauche était moins avancée que celle de droite, elle ne présentait pas de concrétions, mais seulement des points plus durs que d'autres. Les petites tumeurs intra ou extra-pariétales n'offraient rien de particulier; leur couleur était uniforme, blanchâtre avec une teinte légèrement rosée.

Enfin, une des tumeurs intra-pariétales, beaucoup plus grosse que les autres, est située à droite vers l'embouchure de la trompe et au-dessous de la grosse tumeur extra-pariétale de ce côté. Elle se distingue de toutes les autres par une coloration très bizarre; elle est striée en travers d'une façon très régulière, des lignes jaunes séparées les unes des autres par des lignes d'un blanc rougeâtre lui donnent un aspect particulier. Cette tumeur a été conservée et doit être examinée avec soin au microscope. Entre ces trois degrés d'évolution des tumeurs fibreuses on en trouvait d'intermédiaire qui s'en rapprochaient plus ou moins.

Le péritoine qui recouvre l'utérus, surtout au voisinage des grosses tumeurs, présente des adhérences avec les organes voisins et avec les parois latérales du bassin, ce qui indique un travail phlegmasique antérieur.

Les ovaires sont comme les ovaires des vieilles femmes, très dures et comme pierreux. Leur couleur d'un blanc un peu rosé les fait ressembler jusqu'à un certain point à certaines des tumeurs fibreuses décrites précédemment. Ils ont contracté des adhérences inombreuses, surtout celui de droite, avec les trompes, l'utérus et les parois du bassin.

Enfin les artères ovariennes et utérines sont ossifiées, surtout ces dernières, l'ossification s'étend sur les plus petites branches qui vont à l'utérus, nous l'avons suivie jusqu'au moment de la pénétration des branches dans l'épaisseur du tissu utérin. Nous n'avons pas recherché avec assez de soin si l'ossification ne pénétrait pas aussi dans le tissu utérin. En déchirant la tunique externe du vaisseau on peut extraire de longs cylindres osseux, continus, contournés en tire-bouchon comme les artères utérines elles-mêmes. Ces longs cylindres sont creux, mais leurs parois sont très épaisses et leur canal très petit. Ils se sont formés aux dépens de la tunique interne, les tuniques externes et moyennes ne sont que calcaires. Nous avons négligé de faire examiner la composition de ces concrétions des parois artérielles.

Les veines utérines et ovariennes, les principaux tissus utérins ont été examinés avec soin, d'autant plus que nous avions

eu un instant l'idée que les concrétions utérines pourraient avoir leur point de départ dans les tissus veineux; mais nous avons bien vite abandonné cette idée quand nous avons vu que tous les tissus étaient perméables. Tous étaient gorgés de sang.

Vagin. — La vulve et la partie inférieure du vagin ne sont le siège d'aucune altération : mais le fond du canal vaginal présente une large ulcération qui s'étend presque jusqu'aux lèvres du museau de tanche et fait tout le tour du canal. Cette ulcération a environ deux travers de doigts de hauteur et s'étend un peu plus sur la paroi rectale et sur la paroi vésicale. Ses bords sont irrégulièrement déchiquetés et très durs; le fond très dur aussi, peu profond, et d'un blanc grisâtre, est semé de petits mamelons irréguliers. Cette ulcération qui a tout à fait l'aspect des ulcérations cancroïdales, s'arrête d'une manière tranchée aux lèvres du museau de tanche. Dans certains points elle arrive jusque sur la vessie et le rectum; mais ces organes ont été respectés. L'ulcération s'est arrêtée exactement sur la couche musculaire; elle n'a absolument attaqué que les parois vaginales.

L'ulcération vaginale est baignée d'un liquide sanieux; le même pour la couleur et la fétidité, que celui qui existe dans la cavité utérine. Comme l'odeur de ce liquide a quelque analogie avec celle des matières fécales, nous cherchons avec soin s'il n'y a pas une communication avec l'intestin, nous n'en trouvons nulle part.

Le liquide sanieux du vagin est manifestement descendu de la cavité utérine. Enfin les ganglions pelviens ne sont pas altérés, non plus que ceux des plis de l'aine.

D'où proviennent les concrétions utérines? Quel est le point de départ du liquide sanieux dans lequel elles sont situées, telles sont deux questions qu'il est assez difficile de résoudre d'une manière certaine. Il n'y a bien certainement que deux suppositions possibles : ou bien les concrétions proviennent de tumeurs fibreuses tombées dans la cavité utérine, ou bien elles se sont développées de prime abord dans la cavité utérine elle-

même, aux dépens de produits de sécrétions (mucus, fausses, membranes, etc.).

Il ne peut être bien certainement question ici, ni de concrétions osseuses (débris de fœtus), ni de concrétions vasculaires, artérielles ou veineuses.

L'hypothèse des tumeurs fibreuses offre en sa faveur : 1° la coïncidence des concrétions utérines des tumeurs fibreuses à différents degrés d'évolution existant dans l'utérus de cette femme, tumeurs fibreuses dont l'une renfermait une concrétion étoilée, ressemblant jusqu'à un certain point aux concrétions utérines ; 2° la légère dépression existant sur un point de la cavité utérine.

En supposant cette hypothèse vraie on doit se demander si c'est par ulcération ou par gangrène, que les tumeurs fibreuses sont tombées dans l'utérus. La fétidité particulière du liquide sanieux ne peut bien certainement suffire à elle seule pour résoudre cette dernière question.

Nous nous rattacherions assez volontiers à l'hypothèse des tumeurs fibreuses, seulement il reste toujours à expliquer la présence des petites facettes lisses qui existent sur une des faces des calculs, facettes qui trouveraient bien mieux leur explication dans l'autre hypothèse. L'absence d'ulcérations, la tendance des tumeurs fibreuses intra-pariétales à se porter vers le péritoine, n'infirment pas d'une manière absolue cette hypothèse. Les tumeurs fibreuses faisant saillie dans l'utérus ne sont pas très rares; et, d'un autre côté, quand on considère que les tumeurs fibreuses sont de véritables corps étrangers qui se développent dans l'organe utérin sans l'envahir, on comprend très bien qu'elles puissent se détacher sans lui faire subir aucune perte de substance.

Quant à la deuxième hypothèse, elle aurait particulièrement en sa faveur et le nombre des calculs, et surtout les petites facettes lisses qu'elles présentent sur une de leur face. On pourrait aussi invoquer l'analogie : on sait en effet que des concrétions analogues à celles que nous examinons ont été trouvées dans d'autres cavités normales.

Sous l'influence du travail phlegmasique chronique dont l'organe présente des traces nombreuses, ne serait-il pas possible, en effet, que la muqueuse utérine eût sécrété des liquides particuliers, mucus ou autres liquides qui en s'altérant seraient devenus le point de départ de ces concrétions. Le liquide sanieux dans la première hypothèse comme dans la seconde serait le résultat de l'altération et de la décomposition de l'espèce de gangue (tissu fibreux, mucus, fausses membranes), dans laquelle se seraient développées les concrétions. L'ulcération vaginale ne saurait y être pour rien.

Enfin nous ferons observer que chez cette vieille femme, tout l'organisme avait une très grande disposition à produire des concrétions calcaires, que toutes les artères et les orifices du cœur étaient ossifiés.

REVUE DE LA PRESSE.

NOTE RELATIVE A UNE MODIFICATION APPORTÉE DANS LE MANUEL OPÉRATOIRE DE L'HYSTÉRECTOMIE APPLIQUÉE AUX TUMEURS FIBREUSES (EXSANGUIFICATION DE LA TUMEUR) (1).

Par M. le Dr Léon Labbé,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

La gastrotomie, appliquée au traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, lorsque ces tumeurs menacent l'existence, est

---

(1) Note lue à l'Académie de médecine. Séance du 3 août, et extraite du *Bulletin de l'Académie*.

une opération dont l'utilité n'est plus contestée aujourd'hui. Les résultats obtenus à l'étranger et en France sont suffisamment concluants pour que cette opération soit désormais classée parmi celles que le chirurgien a le devoir de pratiquer, chaque fois qu'il existe un fibrome utérin dont la présence constitue un danger de mort pour la malade.

Ce n'est donc pas pour entretenir l'Académie de la gastrotomie et de l'hystérectomie d'une façon générale que je prends aujourd'hui la parole, mais simplement pour faire connaître une modification que j'ai introduite dans le procédé opératoire et que je crois très importante.

Il est admis aujourd'hui par tous les chirurgiens qu'un des facteurs les plus importants dont il faut tenir compte dans les grands traumatismes chirurgicaux, est la perte plus ou moins considérable de sang éprouvée par le patient.

Nous savons tous qu'en enlevant un membre ou une tumeur volumineuse, on prive le malade d'une grande quantité de fluide sanguin emprunté à son propre organisme.

Ce qui est vrai pour l'amputation d'un membre l'est, à plus forte raison pour l'ablation de ces néoplasmes volumineux dans lesquels il existe toujours un développement considérable des vaisseaux, et par suite une plus grande activité circulatoire.

S'il est utile chez quelques amputés arrivés déjà à un certain degré d'épuisement de ménager la perte de sang, cela est plus utile encore chez des femmes opérées presque toujours à la dernière extrémité, alors qu'elles sont déjà dans un état de cachexie plus ou moins avancée.

Me basant sur le principe qui avait conduit Esmarch à appliquer un bandage compressif sur les membres à amputer, j'ai pensé que l'on pourrait utiliser ce même bandage pour refouler dans la circulation générale le sang contenu dans les grosses tumeurs de l'utérus, et pratiquer ainsi une sorte de transfusion préventive.

La malade sur laquelle j'ai eu l'occasion d'appliquer pour la première fois ce principe se trouvait dans un état déplorable avant l'opération, et elle a succombé six jours plus tard en

s'affaiblissant probablement sous l'influence de la septicémie. Mais ce résultat ne peut en rien infirmer les avantages de la méthode.

Observation.

Mme R..., âgée de 42 ans, a eu deux enfants; le dernier il ya environ dix ans. C'est à la suite de son dernier accouchement qu'elle éprouva des troubles du côté des organes génitaux, en même temps qu'elle remarqua une légère tuméfaction de l'abdomen. Elle éprouvait alors des hémorrhagies plus ou moins abondantes et survenant très irrégulièrement.

Mais il n'y a que trois ans que les symptômes atteignirent assez d'intensité pour apporter une gêne considérable. Le ventre était alors très développé, la malade marchait difficilement, maigrissait beaucoup et se trouvait dans un grand état de faiblesse.

Tous ces symptômes ne firent qu'augmenter jusqu'au moment où je vis la malade pour la première fois.

La cachexie était alors très prononcée, la marche presque impossible, l'appétit à peu près nul. La malade, qui accuse de vives souffrances, déclare qu'il lui est impossible de vivre dans de telles conditions. Après avoir été prévenue de l'importance de l'opération et des dangers qu'elle pouvait causer, elle réclama avec instance l'intervention chirurgicale.

Les parois du ventre étaient considérablement distendues et présentaient de larges bosselures, qui lui donnaient un aspect caractéristique très différent de celui qu'on observe habituellement dans les tumeurs kystiques de l'ovaire. La peau était sillonnée de veines plus ou moins dilatées. Parmi les bosselures, deux étaient surtout remarquables par leur volume considérable, la plus grosse se trouvait à peu près située sur le milieu de l'abdomen : la moins grosse se trouvait à droite. La consistance des diverses bosselures était bien celle des tumeurs fibreuses et l'on ne trouvait nulle part de la fluctuation.

Au niveau de la plus grosse tumeur, la peau semblait adhé-

rente par suite de l'amincissement résultant des applications caustiques faites par un empirique.

Par le toucher vaginal je constate que l'utérus, quoique un peu élevé, a cependant conservé toute sa mobilité. En combinant le toucher vaginal à la palpation abdominale, il est facile de constater que cette énorme tumeur est aussi mobile que peut le permettre la distension des parois du ventre. C'était là évidemment une circonstance très favorable à une opération.

L'opération fut décidée.

La malade entra dans une maison de santé, où elle séjourna pendant une semaine. Elle fut purgée deux fois, et, dans l'intervalle de la première et de la seconde purgation, elle prit un grand bain savonneux, de manière à favoriser le fonctionnement de la peau.

Opération. — L'opération fut pratiquée le 17 juillet 1880. Le ventre, très distendu, présentait deux tuméfactions distinctes et d'inégal volume. L'incision fut pratiquée en suivant la ligne blanche et dut s'étendre au delà de la cicatrice ombilicale.

Le fibrome se présenta en même temps que les masses intestinales, qui furent immédiatement reduites par des aides. La tumeur était considérablement hyperémiée, sillonnée par de nombreux vaisseaux, et présentait deux lobes principaux; sa base ou son pédicule mesurait environ 10 centimètres de diamètre. L'incision qui avait été pratiquée permettait son issue complète.

Avant d'aller plus loin j'appliquai la bande d'Esmarch sur la tumeur, de façon à refouler dans la circulation générale tout le sang qu'elle contenait. Il est difficile d'apprécier d'une façon positive la quantité de sang qui fut ainsi rendue à l'organisme; mais, à en juger par le volume de la tumeur et par les nombreux vaisseaux qui la sillonnaient, on peut certainement l'estimer à près d'un litre.

Une fois le bandage d'Esmarch convenablement appliqué, je procédai à la ligature du pédicule. Trois trocarts courbes furent successivement passés à la base de la tumeur; j'appliquai en-

suite une forte ligature métallique au-dessous des deux premiers trocarts, de façon à resserrer le pédicule, puis un second fil au-dessous du troisième trocart situé plus profondément. Ces deux ligatures furent appliquées avec le serre-nœud.

La base de la tumeur me paraissant suffisamment liée, j'enlevai la bande d'Esmarch. C'est alors que je pus constater tous les avantages de la méthode, Au lieu d'être rouge, résistante et hyperémiée, la tumeur se trouvait molle et complètement exsangue après le retrait de la bande.

Je sectionnai ensuite la tumeur avec le bistouri en en laissant un assez fort tronçon au-dessus de la ligature, et je constatai que de toute cette masse il ne s'écoula pas une seule goutte de sang. J'appliquai ensuite, au-dessous des premiers fils, une forte ligature en catgut destinée à remplacer les fils métalliques et à rester perdue dans la cavité abdominale.

Mais avant d'abandonner le pédicule il fallait le diminuer de volume; c'est ce que j'ai fait à l'aide du bistouri et des ciseaux en pratiquant une sorte d'évidement du tronçon qui se trouvait au-dessus de la ligature. Je fis ensuite des petites sutures sur les bords du pédicule, de façon à le réunir et diminuer encore le volume de la tumeur. Cette opération présente quelques difficultés à cause du peu de résistance des téguments. J'eus même à combattre à ce moment une hémorrhagie occasionnée par la rupture des tissus au-dessous de la ligature; ce n'est pas sans difficultés que je parvins à réunir par des sutures les bords de cette déchirure, afin de tarir la source du sang.

Le nettoyage de la cavité abdominale et la réunion des parois du ventre furent ensuite pratiqués comme dans l'ovariotomie. J'eus soin de placer un drain volumineux faisant communiquer le cul-de-sac de Douglas avec l'extérieur. L'opération avait duré une heure et demie.

La malade, quoique endormie avec le chloroforme par un aide des plus expérimentés, donna lieu à des accidents que nous eûmes à combattre en pratiquant la respiration artificielle et l'inversion totale.

Suites de l'opération. — Pendant le reste de la journée, l'état fut satisfaisant. La température prise à 7 heures du soir s'élevait à 38,6 ; le pouls ne dépassait pas 84 pulsations.

La nuit fut tranquille ; le lendemain matin (18 juillet) la température s'élève à 38,6 ; le ventre n'est nullement sensible ; il n'existe pas de symptômes de péritonite. La malade a quelques hoquets. Température du soir 38,9 ; pouls 118.

19 juillet. — La nuit a été moins bonne ; le malade a eu un peu de délire ; dans la matinée, petite garde-robe liquide. Température du matin 39,4. Le soir, amélioration notable, pas d'agitation ni de délire ; température du soir 38,7 ; pouls 120. Il y a cependant du météorisme et une évacuation notable de gaz, quoique le ventre ne soit pas sensible à la pression.

Le 20. — Le matin, température 39,2. La malade est moins bien ; le ventre est considérablement augmenté de volume, mais toujours peu sensible. Vers 11 heures, garde-robe très copieuse accompagnée d'évacuation de gaz. Le soir, nouvelle garde-robe abondante. Température 39,2 ; pouls 130.

Le 21. — La malade a passé une mauvaise nuit ; le ventre est volumineux mais peu sensible. Météorisme et évacuation de gaz. Température du matin 89,8. Dans l'après-midi la température s'élève rapidement. A 1 heure 40,2 ; à 4 heures 41,1 ; à 5 heures, 42 degrés.

La malade succombe à 7 heures.

L'autopsie a été refusée par la famille.

Examen de la tumeur. — La masse morbide présente à peu près le volume d'un fœtus à terme. Quoique très irrégulière, elle se compose de deux tumeurs principales, sur lesquelles sont greffées un assez grand nombre de tumeurs plus petites, reliées à la masse par un pédicule. On ne trouve nulle part de cavités kystiques contenant du liquide.

Des coupes pratiquées sur la tumeur ne laissent aucun doute sur sa nature fibreuse. On trouve sur certains points des anfractuosités et des cavités irrégulières dont les parois sont accolées. Plusieurs de ces cavités communiquent entre elles, forment

dans le néoplasme une sorte de réseau ; mais aucune d'elles ne contient de liquide.

La tumeur peut donc être considérée comme un véritable corps fibreux à géodes.

A la partie inférieure de la masse morbide se trouvent à droite et à gauche, les ligaments larges et les ovaires, qui ne paraissent pas avoir subi aucune altération sensible. On reconnaît facilement que la partie inférieure de la tumeur est constituée par le segment supérieur du corps de l'utérus.

L'idée théorique qui m'avait conduit à appliquer la bande d'Esmarch pour restituer à la circulation générale, lors de leur extirpation, le sang contenu en si grande abondance dans les fibro-myomes utérins, a trouvé sa justification très nette dans le cas qui vient d'être rapporté.

La conformation particulière de la tumeur soumise à mon observation a fait qu'aucune manœuvre spéciale n'a dû être mise en usage pour obtenir l'*exsanguification* ; mais si l'on avait affaire à une tumeur de forme plus régulière et moins pédiculée, on pourrait craindre, à juste raison, que l'application de la bande élastique ne présentât certaines difficultés. Dans ce cas, pour arrêter la bande et lui donner un point d'appui, on devrait traverser la tumeur près de son sommet par une ou plusieurs longues aiguilles métalliques. Plusieurs de ces aiguilles pourraient même être placées à des hauteurs diverses, de manière à donner des points d'appui à la bande et à empêcher son glissement.

Je crois donc pouvoir conclure de ce qui précède :

1° Qu'il doit y avoir un avantage réel, dans les opérations de fibro-myomes utérins volumineux enlevés par la gastrotomie, à restituer à la malade la quantité toujours abondante de sang contenu dans ces tumeurs.

2° Que cette *exsanguification* peut être obtenue d'une façon complète en appliquant sur la tumeur la bande d'Esmarch, ou tout autre bandage doué de propriétes élastiques.

REVUE CLINIQUE.

MATERNITÉ DE PARIS. — SERVICE DE M. TARNIER.

TRACÉS POUR SERVIR A L'HISTOIRE CLINIQUE DE L'ATTAQUE DE L'ÉCLAMPSIE.

Par **M. Paul Bar**, interne du service.

Il nous a paru intéressant d'appliquer à l'étude clinique de l'attaque d'éclampsie la méthode graphique qui a donné de si brillants résultats dans l'étude de l'attaque d'hystérie par exemple (Voy. Richer, thèse Paris, 1879).

Voici l'observation que nous avons recueillie :

Rivollet, âgée de 20 ans, primipare, entre à la salle d'accouchements le 13 juillet à cinq heures de l'après-midi.

A minuit et demi, quand nous la voyons, elle a eu quatre accès d'éclampsie. Elle est dans le coma, ne répondant à aucune question.

Ses urines contiennent de l'albumine en notable quantité.

La dilatation de l'orifice est complète. O. I. G. A.

La malade a pris 4 grammes de chloral et est soumise depuis six heures du soir à des inhalations de chloroforme.

Nous appliquons sur le biceps brachial du côté droit un tambour explorateur et nous enregistrons toutes les contractions musculaires produites de minuit et demi à deux heures du matin, heure à laquelle s'est terminé l'accouchement.

Nous voulons aujourd'hui ne dire que quelques mots sur les tracés que nous avons obtenus.

Le tracé n° 1 représente une attaque complète d'éclampsie, survenue chez notre malade au moment du dégagement de la tête (c'est le seul accès qu'elle ait éprouvé pendant notre observation).

La durée totale de l'attaque a été de une minute dix-sept secondes.





On remarquera combien est frappante l'analogie qui existe entre cette courbe et celle que l'on obtient dans l'attaque d'épilepsie ou la période épileptoïde de l'attaque d'hystérie.

L'accès que nous avons observé a eu trois stades (non compris le coma).

Le premier stade de *début* a duré sept secondes (A).

Dans la plupart des tracés d'accès épileptiques que nous avons vus, le stade tonique débute franchement par une série d'oscillations dont le niveau s'élève graduellement. Ici entre les grandes oscillations du début et le commencement du stade tonique, il s'est écoulé deux secondes.

Le deuxième stade ou stade tonique a été remarquable par la brusquerie de son début. La contraction musculaire n'est pas arrivée immédiatement au maximum; en effet, l'ascension de la courbe a duré huit secondes, pendant lesquelles nous pouvons compter vingt-deux contractions musculaires (B).

La période d'état (C) a consisté en plusieurs oscillations à amplitude très légère. Sa durée a été de onze secondes.

Sur notre tracé la ligne représentant la troisième période du stade tonique (D) manque, mais nous pouvons néanmoins apprécier sa durée qui a été de trois secondes.

Le stade clonique dont la durée a été de quarante-cinq secondes, comprend deux périodes; une première, formée de secousses rapides et sensiblement égales (E), sa durée a été de vingt-sept secondes et une période de transition (H) pendant laquelle apparaissait la respiration stertoreuse et caractérisée par des oscillations inégales et irrégulières qui, au bout de dix-huit secondes, se sont éteintes; à ce moment apparaît le coma, le muscle au repos n'est plus agité que de quelques frémissements à peine perceptibles (I).

En résumé :

Le premier stade a duré 7 secondes;

Le deuxième stade tonique, 22 secondes.	Ascension 8".
	Etat 11".
	Descente 3".

Le troisième stade clonique, 45 secondes.

Les tracés 2, 3 et 4 représentent des accès d'éclampsie avortés qui se sont succédé en très grand nombre pendant que nous avons observé la malade.

Pendant une heure et demie nous en avons pu compter trente plus ou moins marqués.





Le tracé n° 2 représente une série de secousses musculaires remarquables par leur intensité, leur brusquerie.

Ici il pourrait paraître bien difficile de trouver les trois stades

de l'accès d'éclampsie. Cependant si on étudie par exemple l'attaque B, tracé n° 2, on remarquera de suite qu'elle commence par une convulsion tonique (α) de très brève durée, mais très violente. A sa suite se trouvent les convulsions cloniques à amplitudes progressivement décroissantes (γ) et enfin le stertor (δ).

L'attaque G (même tracé) est formée d'une période tonique avec grandes secousses.

Le tracé n° 3 est un exemple de même ordre, mais ici l'attaque ne paraît formée que de secousses cloniques. La malade était complètement anesthésiée.

Le tracé n° 4 a été recueilli le 14 juillet à midi et représente les dernières secousses musculaires ressenties par la malade.

Nous ne voulons déduire aucune conclusion du fait que nous venons de rapporter, car nous manquons de points de comparaison et nous ne savons pas quelle part il faut attribuer à l'action du chloroforme et du chloral dans ces variétés.

D'après le conseil de notre maître, M. Tarnier, nous continuerons ces recherches et nous espérons pouvoir prochainement publier un tableau d'ensemble de l'accès d'éclampsie; nous y étudierons graphiquement les phénomènes qui se produisent pendant l'attaque dans les divers appareils (respiration, circulation, muscles), et les modifications qu'impriment aux différents stades de l'accès les méthodes thérapeutiques dont nous disposons.

CYSTITE AIGUE. — VAGINISME

Observation par le Dr **Victor Robert Saint-Cyr.**

X..., âgée de 20 ans, d'une constitution délicate quoique née de parents vigoureux et ayant toujours habité la campagne.

Un frère de 18 ans, une sœur de 17, jouissent d'une bonne santé.

L'enfance de cette jeune femme a été assez difficile ; vers l'âge de 10 ans elle a fait une fièvre typhoïde assez grave, un peu plus tard elle a été atteinte d'une fièvre intermittente à type tierce dont elle n'a été complètement débarrassée qu'au bout de 2 ans. Jamais elle n'a pu comme ses frère et sœur vaquer aux travaux des champs.

La menstruation s'est établie régulièrement en 1874, elle avait 15 ans ; les règles duraient 2 jours, elle perdait rarement en blanc dans leur intervalle. A partir de ce moment la santé devint meilleure, des étourdissements fréquents jusque-là disparurent.

En mars 1879, la santé est de nouveau ébranlée, douleurs en ceinture, douleurs lombaires, pesanteur dans le bas-ventre, urines, foncées sédimenteuses, pertes blanches, pas d'appétit, impossibilité de rester longtemps assise.

En juillet 1879, peu d'amélioration dans cet état et cependant cette jeune fille se marie.

Les premiers rapports sont très douloureux et très difficiles. Le lendemain cependant il ne se manifeste rien d'extraordinaire du côté des organes génito-urinaires malgré une longue course à pied.

Le jour suivant après une nouvelle promenade aussi longue que la première et de nouveaux rapports sexuels plus pénibles encore que les précédents, cette femme est prise de douleurs intenses dans le bas-ventre et forcée de se mettre au lit. Il survient du ténesme vésical, la miction est fréquente et peu abondante, l'urine brique.

Elle reste trois jours dans cet état, les douleurs en urinant deviennent intolérables et s'irradient aux flancs et aux lombes.

Un médecin est appelé qui prescrit des sangsues sur le bas-ventre, des frictions avec une pommade calmante sur la même région, des cataplasmes laudanisés et des grands bains.

La douleur uréthrale que la malade comparait au passage d'un fer rouge, diminue notablement mais non complètement, il reste de la cuisson en urinant, le sommeil est mauvais, la mar-

che difficile, chaque pas réveille à ce point la douleur par l'ébranlement, que la malade ne peut sortir sans soutenir et comprimer la vulve avec la main. Inutile d'ajouter que les rapports sont complètement impossibles.

C'est à cette à cette époque au mois de septembre que cette femme vint me consulter ; la face est pâle, il existe un léger souffle à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou, néanmoins l'état général n'est pas mauvais.

Le 24 septembre 1879, j'examine la malade. Les organes génitaux externes ont leur conformation et leur coloration normales, la membrane hymen n'existe plus, et malgré les plus minutieuses recherches, je ne trouve ni érosion, ni fissures, ni follicules enflammés.

Je pratique le toucher qui est médiocrement douloureux à la condition toutefois d'appuyer assez fortement sur la fourchette, il ne révèle rien d'anormal, col petit, pointu, vierge en un mot.

L'introduction du spéculum est plus difficile même en appuyant fortement en bas, car il est difficile de ne pas froler l'urèthre, la malade se contracte et se retire. L'instrument une fois placé la douleur est supportable.

Col violet, orifice très petit, vagin un peu rouge, un peu de sécrétion verdâtre, point de granulations. Je retirai alors le spéculum et je voulus m'assurer, la malade n'ayant pas uriné depuis longtemps, s'il n'y avait point de liquide suspect dans le trajet de l'urèthre, quoique la brusquerie des accidents au début et leur coïncidence avec les premiers rapprochements sexuels dussent faire éloigner l'idée d'une blennorrhagie. Il me fut impossible de pratiquer la manœuvre usitée en pareil cas, car aussitot que je la tentais, la malade poussait des cris, serrait les cuisses et se retirait brusquement. Je pratiquai alors le cathétérisme avec autant de douceur et de rapidité que possible, il fut néanmoins très pénible, mêmes cris, mêmes mouvements instinctifs. J'obtins une petite quantité d'urine rouge.

J'appliquai alors en les refoulant en arrière trois petits bourdonnets d'ouate en queue de cerf-volant et imbibés d'un

peu de glycérine, l'intolérance était si grande qu'ils furent réjetés après quelques pas.

J'avais institué en même temps le traitement complet :

A l'intérieur, vin de quinquina, eau ferrée, tisane de bourgeons de sapin.

Localement, injections de feuilles de noyer, octions belladonnées (4 gr. d'extrait pour 30 d'axonge), bains de siège tièdes avec la décoction de petite mauve deux fois par jour, me réservant de cautériser l'urèthre s'il était nécessaire un peu plus tard; j'étais à la campagne, il fallait viser au plus simple.

Je pus alors sous un motif quelconque et sans éveiller le moindre soupçon, examiner le mari et voici ce que je trouvai : de blénnorrhagie ancienne ou récente, point, mais un phimosis assez prononcé, puisqu'il ne permettait pas de découvrir du gland, au niveau du méat, dans une étendue plus grande qu'une piéce de 20 centimes. Je conseillai alors au mari d'attendre que le mieux se manifestât dans l'état de sa femme avant de tenter de nouveaux rapports et d'y apporter alors les plus grands ménagements.

Mes conseils furent exactement suivis, le mieux se manifesta rapidement et cette jeune femme devenait enceinte au mois d'octobre, les régles manquèrent le 26 de ce mois.

Depuis la santé est restée bonne, le visage s'est coloré et la grossesse suit une marche régulière. De temps en temps cette jeune femme éprouve encore quelques douleurs lombaires et une certaine sensibilité du canal de l'uréthre qui ne gêne en rien d'ailleurs les rapports conjugaux.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous reproduisons un compte rendu analytique des principaux travaux de gynécologie et de pathologie infantile qui ont été communiqués à l'Académie pendant ce dernier trimestre.

Hygiène de l'enfance. — Signalons en premier lieu le remarquable rapport communiqué au nom de la commission de l'hygiène de l'enfance par M. de Villiers sur les travaux présentés à l'Académie pendant l'année 1879.

Résumant les opinions générales des auteurs dont M. de Villiers examine les mémoires au point de vue des résultats donnés par l'allaitement artificiel, on voit que la plupart de ces auteurs établissent comme des règles que, lorsque des circonstances absolument impérieuses empêchent de faire allaiter l'enfant, soit par sa mère, soit par sa nourrice :

1° L'allaitement artificiel doit être pratiqué chez soi par la mère ou sous ses yeux et sous sa surveillance immédiate;

2° Lorsque l'on est contraint d'élever l'enfant par ce procéde loin du toit maternel, il ne faut le confier qu'à une femme consciencieuse, soigneuse, expérimentée, et ayant facilement à sa disposition du lait de bonne qualité;

3° L'allaitement mixte constitue une excellente pratique qui acclimate l'enfant à l'allaitement artificiel;

4° L'allaitement artificiel pratiqué dans de bonnes conditions chez des enfants robustes issus de parents sains, donne chez soi et surtout à la campagne des résultats excellents, et certainement supérieurs à l'allaitement au sein par des nourrices habitant leur pays, vivant avec leur maris et médiocrement rétribuées;

5° L'allaitement artificiel pratiqué loin de la surveillance de la fa-

mille donne des résultats inférieurs à l'allaitement au sein pratiqué dans les mêmes conditions;

6° L'allaitement artificiel pratiqué dans une agglomération d'enfants fait certainement courir à ces enfants les plus grands dangers, et entraîne le plus souvent la mort, quelles que soient les précautions prises et les mesures hygiéniques adoptées.

« Après cette exposition aussi fidèle que possible des travaux assez nombreux qui nous ont été adressés sur l'*allaitement artificiel*, nous nous demandons, en résumé, s'ils nous apprennent des faits nouveaux ou des choses inconnues. Tous ceux qui se sont occupés quelque peu de l'hygiène de la première enfance, auront reconnu tout ce que les livres déjà publiés et leur propre expérience leur ont enseigné, depuis les précautions à prendre dans l'application pratique, jusqu'aux résultats que l'on obtient de cet allaitement, soit dans la famille, soit en dehors de celle-ci, soit enfin et surtout dans les hôpitaux où il a toujours produit de si lamentables résultats. Nous devons cependant profiter de quelques mesures de détail indiquées par les concurrents pour compléter quelques-unes des recommandations relatives à l'allaitement artificiel contenues dans les conseils élémentaires aux mères et aux nourrices, que vous publiez chaque année. » Voici celles que M. de Villiers propose d'ajouter :

2° A défaut de lait de femme pour l'enfant, se servir de lait de vache ou de chèvre (ajoutez : *ayant récemment mis bas, ou du lait de la première traite, ou enfin, si cela est impossible*) de lait tiède et coupé pendant les huit premiers jours par moitié, *puis, pendant huit jours, par quart* d'eau légèrement sucrée, *selon la tolérance des organes digestifs de l'enfant.*

3° Pour faire boire ce lait employer des vases de verre ou de terre, et les nettoyer avec soin toutes les fois que l'on s'en est servi; défense de se servir de vases qui contiennent du plomb, *et d'embouts faits avec du caoutchouc vulcanisé*;

5° Se rappeler que la nourriture au biberon ou au petit pot, sans le secours du sein, augmente beaucoup les chances de maladie ou de mort des enfants, *à moins que l'allaitement artificiel soit pratiqué au milieu de la famille et par des personnes expérimentées. Cet allaitement ne peut être pratiqué au milieu d'une agglomération d'enfants sans leur faire courir les plus grands dangers.*

M. J. Guérin félicite le rapporteur sur la manière impartiale dont il a traité la question.

Application de la théorie des germes à l'étiologie de certaines maladies et particulièrement de la fièvre puerpérale. — Après avoir étudié les rapports qui peuvent exister entre la théorie des germes et l'étiologie du furoncle et de l'ostéomyélite, M. Pasteur émet quelques remarques très intéressantes sur l'étiologie de la fièvre puerpérale.

L'éminent académicien a pu examiner plusieurs malades du service de M. Hervieux. Il a trouvé les lochies remplies d'organismes microscopiques de plusieurs sortes. Le sang, obtenu à l'aide d'une piqûre au doigt, contenait un organisme voisin de celui des furoncles, mais en différant assez pour pouvoir être distingué.

Des faits analogues ont été observés sur des malades du service de M. Raynaud, à Lariboisière.

M. Pasteur explique la mort dans la fièvre puerpérale de la façon suivante : la blessure de l'utérus après l'accouchement a fourni, comme à l'ordinaire, du pus qui a donné asile aux germes; ceux-ci ont ensuite pénétré dans l'organisme par les lymphatiques.

M. Pasteur pense que la méthode antiseptique pourrait rendre de grands services en empêchant le développement de ces organismes morbides. L'acide phénique est, dans ce cas, très utile, mais il existe un autre antiseptique dont il est assez disposé à recommander l'usage, c'est l'acide borique en solution concentrée; cet agent est d'une complète innocuité sur les muqueuses, ce qui le rend précieux et permet de l'employer en injections dans la vessie.

Comme l'acide borique détruit complètement les germes de la fièvre puerpérale, M. Pasteur propose d'en appliquer des compresses sur les parties génitales des femmes récemment accouchées. C'est un point que l'orateur soumet à l'appréciation des médecins et des accoucheurs, et qui mérite certainement d'attirer l'attention.

Réduction des déviations utérines. — M. de Villiers présente à l'Académie au nom de M. le Dr E. Verrier un appareil pour la réduction instantanée des déviations utérines.

Partant de cette donnée anatomique que l'utérus à l'état normal occupe une sorte de niche au milieu de la masse intestinale et que, quand il n'est pas retenu par des adhérences pathologiques, il est mobile dans tous les sens. J'ai fait construire un appareil qui donne à la femme une position telle que dans l'antéversion, la rétroversion ou le prolapsus, les intestins reportés vers le diaphragme et ne pesant plus sur l'utérus celui-ci se redresse spontanément sous l'influence

de la pression atmosphérique et du rétablissement de son centre de gravité, sans que le chirurgien ait à intervenir pour aider au redressement qu'il n'a la plupart du temps qu'à constater.

De plus, ledit appareil replaçant la femme dans la station verticale sans la moindre secousse s'oppose, au moins immédiatement, à tout retour de la déviation.

Cette manœuvre aidée des toniques et stimulants généraux et locaux remédie victorieusement aux déviations utérines non compliquées d'adhérences, auxquels cas l'on sait que la maladie est presque toujours incurable.

Description de l'appareil.

Cet appareil se compose d'une plate-forme de 42 cent. sur 33 cent. rembourrée et capitonnée pour éviter le glissement. Elle s'élève perpendiculairement au-dessus du sol de 64 cent.; ses pieds vont en s'écartant pour donner à l'appareil une large base de sustentation.

A cette plate-forme est adapté un dossier mobile en arrière pouvant se renverser jusque sur le sol. Il est rembourré et capitonné comme la plate-forme. La hauteur du dossier, prise de la plate-forme est de 70 cent., sa largeur 45. Le dossier renversé forme avec l'horizontale des angles de toutes les dimensions suivant les besoins de l'opérateur.

Sur les pieds du devant de la plate-forme existent des attelles pour supporter des étriers mobiles que l'on allonge ou raccourcit suivant la taille de la malade.

Au-dessus de l'endroit où se pose cet appareil, est inséré dans le plafond du cabinet de réception des malades une barre transversale qui porte trois forts pitons.

1° Les deux pitons excentriques — celui de droite et celui de gauche — supportent deux chaînes à ressorts formées de quatre boudins de 32 cent. chacun, de longueur, et d'une force calculée pour porter le poids du corps.

2° Le piton central est destiné aux supports d'un bras de levier du premier genre dans le fonctionnement duquel : 1° la résistance est représentée par le dossier de l'appareil augmenté du poids du tronc de la malade; 2° le point d'appui est le piton lui-même ou le plafond sur lequel est scellé la barre qui le soutient; 3° enfin, la puissance se trouve dans la main même de la malade qui à l'aide d'une petite

ficelle correspondante à l'extrémité la plus longue du bras de levier, peut dès le redressement de l'utérus opéré, reprendre, sans le moindre effort, sans la moindre secousse, la position verticale. Grâce à ce procédé, que n'avaient encore réalisé, que je sache, aucune des tentatives de ce genres faites jusqu'ici, la masse intestinale qui avait abandonnée la région hypogastrique pour se porter vers le diaphragme, aussi bien dans l'antéversion que dans la rétroversion, vient reprendre sa position normale autour de l'utérus, désormais redressé, et lui fournit de nouveau cette loge anatomique creusée en quelque sorte au milieu des anses intestinales elles-mêmes qui s'opposeront physiologiquement désormais au déplacement de cet organe.

Ovariotomie. — Le Dr *Cazin*, médecin en chef de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer, communique à l'Académie un travail intitulé : *Contribution à l'étude des ovariotomies incomplètes.*

Après des considérations générales sur le diagnostic des adhérences qui sont quelquefois si résistantes, si étendues, que l'opération ne peut être terminée classiquement, il relate un fait où il fut obligé de laisser un kyste très volumineux (l'abdomen mesurait 1m,68 de circonférence), probablement uniloculaire, dans la cavité abdominale avec les parois de laquelle il faisait corps. Grâce à la mortification de la surface interne de la poche, obtenue à l'aide de la gaze antiseptique et de l'eau phéniquée forte, l'apparition de la suppuration put être retardée. L'élimination des eschares superficielles ne fut complète que le vingt-huitième jour. A ce moment, le Dr Cazin, sans chercher à aviver la plaie abdominale, tenta la réunion immédiate secondaire. L'intestin, par sa distension, adossa la face postérieure du kyste à sa face antérieure restée unie à la paroi abdominale, et l'accolement réciproque des bourgeons charnus fut rapide et complet. Deux drains latéraux avaient été placés par précaution. La guérison fut obtenue cinquante jours après l'opération.

Faisant ensuite l'historique du procédé de nécessité auquel il a été contraint d'avoir recours, le Dr Cazin insiste sur la léthalité observée dans ces cas, et attribue son succès dans des circonstances particulièrement graves à l'action nécrosique de l'acide phénique retardant la suppuration, en atténuant l'abondance ; au soin qu'il avait pris de laisser la plaie abdominale largement ouverte, au lieu de la refermer comme ses devanciers, qui se contentaient de placer un drain dans l'angle inférieur de la plaie, et enfin à l'emploi de la réunion immé-

diate secondaire, qui a été remarquable par la facilité de son exclusion, la rapidité de ses résultats et sa parfaite innocuité.

Variole intra-utérine. — Les cas de variole congénitale ne sont pas communs, c'est pourquoi M. *Depaul* a cru devoir en présenter un qui est exceptionnel.

Une femme âgée de 33 ans se présente à l'hôpital le 12 mars dernier; elle était enceinte et avait eu la variole quelques semaines auparavant, mais sans gravité, car elle n'en portait aucune trace.

Le 30 avril, elle a une fausse couche et expulse un enfant du sexe masculin pesant 820 grammes, et qui semblait mort depuis environ un mois. Cet enfant présentait tous les caractères cutanés d'une variole non confluente. Le placenta portait un grand nombre de villosités graisseuses, de sorte qu'on ne peut dire si c'est la maladie placentaire ou la variole qui a détermiué la mort. Le fait, du reste, importe peu ; M. Depaul a simplement voulu appeler l'attention sur un fait exceptionnel.

M. Léon Labbé a également présenté à l'Académie au nom de M. le Dr Albert Vidal, de Grasse, une pièce pathologique d'un grand intérêt. Il s'agit d'un fœtus venu au monde vivant et couvert de pustules varioliques sans que la mère, vaccinée, ait jamais subi aucune atteinte de la variole.

M. Vidal, qui a eu connaissance du fait récemment communiqué par M. Depaul, fait relatif à un cas de variole survenu chez un fœtus de cinq mois, dont la mère avait eu une variole discrète trois mois avant l'avortement, a pensé que cette pièce pourrait intéresser l'Académie et il m'a prié de lui en faire hommage en son nom.

Voici un extrait de l'observation de M. Vidal :

« Le 23 mai 1871, au moment où une épidémie de variole hémorrhagique sévissait avec intensité dans l'arrondissement de Grasse, M. le Dr Vidal fut appelé auprès d'une dame de 26 ans, primipare, enceinte d'environ six mois et demi. Lorsqu'il arriva auprès de la malade, elle venait d'accoucher d'un enfant parfaitement conformé, respirant, criant et remuant et qui était couvert de pustules varioliques paraissant arrivées au septième ou au huitième jour. Elles étaient plus larges que des pustules de variole ordinaire, mais elles étaient si parfaitement ombiliquées qu'on ne pouvait les rattacher ni au pemphigus, ni à une affection autre que la variole.

« L'enfant mourut au bout de quelques heures, mais M. Vidal trouva le cas si remarquable qu'il conserva cette pièce comme un

spécimen de variole intra-utérine survenue chez le fœtus, sans que la mère ait participé à la maladie.

« En effet la mère avait vaqué en plein état de santé à ses occupations depuis le commencement de la grossesse jusqu'au moment de l'avortement. Observée pendant plusieurs jours après sa délivrance elle n'eut ni fièvre, ni vomissements, ni lumbago, ni aucun symptôme qui put, de près ou de loin, rappeler l'infection variolique.

« Les suites de couches ne présentèrent rien de particulier.

« Le père et la mère jouissaient tous les deux d'une robuste constitution, n'avaient jamais eu la syphilis, et n'en présentèrent plus tard aucun signe. »

M. Vidal rappelle seulement ce fait qui peut avoir une grande importance mais dont il ne se permet pas de tirer aucune déduction : c'est que, d'après les caractères qu'il présentait à sa naissance et d'après les renseignements fournis, l'enfant a été conçu à la fin du mois de novembre ou du commencement de décembre 1870 ; or *le père fut atteint de variole semi-confluente dans les premiers jours de décembre* 1870.

La mère avait été vaccinée dans son enfance et sa santé ne fut en rien altérée pendant le cours de la maladie de son mari, ni après cette maladie.

Lauréats de l'Académie. — Nous nous faisons un véritable plaisir de reproduire les noms de ceux de nos confrères qui ont obtenu des récompenses pour des mémoires sur des questions de gynécologie et d'hygiène de l'enfance.

M. le Dr *Cazin*, de Boulogne, a obtenu le prix Capuron (2,000 fr.) pour son mémoire *Sur les varices pendant la grossesse et l'accouchement.*

MM. les docteurs Perron, Anner, Finot Dardenne, Bousseau, Montribon, Stugoski, Annat et Bedoin ont obtenu des récompenses pour des travaux relatifs à l'hygiène de l'enfance.

MM. les Drs Chédan et Pugibet se sont partagés le prix de 1,500 fr. sur le service de la vaccine.

Mais nous avons le regret d'apprendre que plusieurs prix proposés par l'Académie et relatifs à des questions de gynécologie. C'est ainsi que le prix Portal (*Etat de l'utérus dans la fièvre puerpérale*) n'a pu être décerné faute de concurrents, et que le prix Cévrieux (*de l'hystero-épilepsie*) n'a eu qu'un seul concurrent qui n'a pas été digne de la récompense.

Prix proposés pour 1881. — Voici les prix dont les sujets se rattachent plus ou moins directement à la gynécologie et à la pathologie de l'enfance.

Prix de l'Académie. — Question : « Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Question : « Etat de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale. »

Ce prix sera de la valeur de 1,200 fr.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. — Question : « Des accidents épileptiformes dans l'hystérie. »

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le Dr Capuron — Question : « Indications et contre-indications de l'usage des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie pendant la grossesse. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix Saint-Paul. — D'après cette fondation, une somme de 20,000 fr. sera décernée à celui qui aura découvert un remède efficace contre la diphthérie.

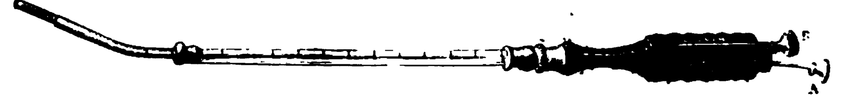
Prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance. — Question : « Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer dans la pathologie infantile le travail de la première dentition. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Nota. — Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1881 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1881. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Présentation d'instruments. — M. Tarnier : Je présente à l'Académie, au nom de MM. les Drs Jules Rouvier et Queirel, de Marseille



un nouvel hystéromètre porte-caustique, construit d'après le principe du porte-caustique de Lallemand.

Cet appareil se compose d'un tube gradué et courbé à son extrémité et à l'intérieur duquel se trouve une tige métallique terminée par une petite cuvette porte-caustique. Grâce à un ingénieux mécanisme, on peut à volonté faire sortir cette cuvette et lui imprimer des mouvements de rotation qui permettent de porter le caustique en tous sens.

L'instrument est pourvu d'un curseur qui permet de mesurer la cavité utérine ; en faisant remonter ce curseur jusqu'au manche, il peut être employé pour la cautérisation de l'urèthre.

ELECTIONS. — L'Académie s'est adjoint plusieurs membres titulaires pendant les trois derniers mois. Parmi ceux-ci, nous remarquons avec plaisir le nom de notre savant collaborateur, M. le Dr Polaillon.

Dr LUTAUD.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Communication de M. Périer sur **deux cas de l'inversion utérine, traitée par la ligature avec traction élastique.** — (Suite.)

M. GUÉNIOT félicite M. Périer des succès qu'il a obtenus, mais il lui fera deux objections.

La première c'est que les tentatives de réduction n'ont été faites que d'après le procédé de Courty. La compression élastique avec un ballon de caoutchouc introduit dans le vagin et gonflé aurait pu être employé avant la résection de l'utérus.

En second lieu, M. Périer aurait dû comparer son procédé avec les autres procédés de résection de l'utérus. Son procédé agit par la mortification des tissus. La ligature élastique sectionne les tissus et produit plus rapidement leur séparation. La ligature avec fil non élastique, a été abandonnée parce qu'en mortifiant les tissus, elle peut donner lieu à des accidents d'infection putride. M. Périer s'est mis à l'abri de ces accidents par des injections antiseptiques; néanmoins le danger de ces accidents persiste.

L'instrument de M. Périer serait excellent pour faire la ligature élastique. Il suffirait de remplacer le fil de soie par un fil de caoutchouc.

M. LE FORT fait remarquer que si la séparation s'est faite par une

mortification siégeant au-dessus du point serré par le fil, cela tient à la pression sur l'utérus de l'extrémité de l'instrument qui contient le fil constricteur. En construisant cet instrument de manière à ce qu'il se termine par un petit talus à angle droit, donnant passage au fil, on n'aurait plus cette gangrène au-dessus de la ligature.

M. Després dit qu'il faut bien établir que dans les observations de M. Périer, comme dans celle de M. Chauvel et de M. Cazin on n'a enlevé qu'une portion de l'utérus, et non l'utérus en totalité. Dans un cas, il a eu la main forcée et a dû faire *l'Ablation complète* de l'utérus. Voici l'observation de ce fait :

Inversion totale de l'utérus chez une vierge. Chute complète de l'utérus inversé. — D..., 44 ans, religieuse, entre à l'hôpital le 16 avril 1880, salle Cochin, nº 19. Sa mère vit encore ; elle ne semble pas avoir eu quelque chose du côté des organes génitaux: Rien dans les antécédents de la malade, sauf deux fluxions de poitrine. Règles à 14 ans, mais irrégulières, pâles, peu abondantes jusqu'à 38 ans. A cette époque, leucorrhée et règles abondantes qui, il y a trois mois, constituaient de véritables pertes. Il y a un an et demi seulement qu'elle a éprouvé de la gêne, de la pesanteur au bas-ventre. des nausées, des douleurs de reins. La discrétion qu'exigeait son état l'empêcha de consulter un médecin.

Diverses médications ont été faites, mais il n'a pas été possible de préciser lesquelles.

La malade ne tarde pas à s'apercevoir qu'au moment de ses époques quelque chose tendait à sortir par la vulve, lorsqu'elle allait à la selle. A plusieurs époques successives le même phénomène fut observé, et toujours ce quelque chose rentrait ensuite ; mais il n'y avait pas une grande perte de sang.

Un médecin consulté à une des époques diagnostiqua un polype. c'est la seule visite que la malade ait reçue d'un médecin. Plus tard, elle perdit une petite masse desséchée, grosse comme un pruneau. Il y eut un moment de répit. Cependant des pertes apparurent aux époques des règles, puis un autre corps arrondi sortit par la vulve et devint de plus en plus saillant.

Depuis cinq mois les règles ont cessé, mais la malade a une leucorrhée incessante. Elle sent ses forces diminuer de jour en jour, et elle arrive à Paris usée et, suivant une expression familière, au bout de son rouleau.

A son entrée, nous constatons que la malade est jaune avec des

couleurs fouettées du visage. Elle semble infiltrée. L'examen des parties génitales permet de constater l'état que vous voyez sur ce moule en cire qui va être déposé au musée Dupuytren.

Il sort de la vulve entr'ouverte un corps cylindrique un peu renflé à sa partie terminale grisâtre, humide et suintant un liquide jaunâtre un peu poisseux. Sur la partie terminale de ce boudin si l'on peut ainsi dire, on voit deux orifices à peu près symétriques; séparés par un espace blanchâtre, ressemblant à une cicatrice. En haut, au niveau de l'orifice vaginal, à droite de la malade, il y a une place rosée où il est facile de reconnaître une muqueuse avec des plis en éventail.

Il n'y avait pas à s'y méprendre, nous avions affaire à un utérus retourné.

En introduisant le doigt dans le vagin en suivant la tumeur, on sentait un espace vide limité par deux cordons latéraux formant un V. Ce signe joint à la comparaison du pédicule de l'utérus hernié, plus petit que la partie terminale, permet de juger que l'utérus était entièrement renversé.

Ce diagnostic posé, restait à mesurer la longueur de cet utérus qui semblait fortement hypertrophié. En appliquant un doigt au point où l'on sentait un vide au-dessus de l'utérus, et en prenant une mesure de ce point jusqu'au bout libre de la tumeur, on trouvait 13 cent. (Notez que la femme était vierge, l'hymen a été examiné, il était distendu, mais intact, et avait la forme d'une grande valvule.)

Au-dessous, l'utérus commençait à se couper sur la fourchette de l'hymen ; il y avait une fente à loger le petit doigt, mais elle était peu profonde.

L'utérus renversé causait peu de douleurs spontanées, mais la malade ne pouvait pas s'asseoir. La pression sur l'utérus était douloureuse. Pendant cette exploration, nous avons constaté les battements de deux artères dont le volume pouvait être comparé à celui de la tibiale postérieure. Elles étaient situées de chaque côté.

L'état général de la malade n'était pas bon ; épuisée par des pertes blanches incessantes, elle avait la langue sèche et une diarrhée continuelle ; elle urinait en outre fréquemment, et comme elle ne pouvait garantir son utérus, à chaque sécrétion cet organe était baigné d'urine.

Mon premier soin fut de chercher à réduire l'utérus dans le vagin. Cela fut impossible. Le tiers de la tumeur restait dehors, malgré

des pressions que la malade supportait avec peine. Si j'avais pu réduire l'utérus, j'aurais permis à la malade de vivre avec une ceinture à pelote périnéale. Cela était impossible, je dus songer à autre chose.

Je ne me dissimulai pas la gravité de l'ablation d'un utérus hypertrophié, ulcéré, car il n'y avait plus de muqueuse utérine ; c'était le muscle utérin à nu qui se détruisait par un travail ulcératif. Il ne fallait pas songer à enlever la tumeur dans le vagin au-dessus de l'utérus, on aurait ouvert largement le péritoine. Il fallait couper au niveau de l'union du corps avec le col, dans le point qui devait être le plus étroit.

C'est cette opération que je décidai. Mais, à ce moment, il y avait des fièvres puerpérales dans le quartier ; il y en avait eu quelques-unes même à la Maternité de Cochin. Par prudence j'attendis, mais la malade dépérissait, son appétit était nul ; elle ne prenait que du bouillon et du lait, la diarrhée persistait toujours, la langue était sèche, et la moyenne de la température de la malade était de 38°. Elle ne quittait plus le lit, et c'est elle qui réclama une opération dont je ne lui dissimulai pas les dangers.

Enfin le 13 mai, je me décidai d'appliquer sur l'utérus un clamp que je serrai avec du caoutchouc de toutes mes forces. Je voulais unir les effets du clamp à ceux du caoutchouc. Les deux artères volumineuses que j'avais senties commandaient cette précaution ; j'endormis la malade pour appliquer le clamp, et je lui évitai ainsi les plus vives douleurs. Cependant à son réveil, elle souffrit, et les douleurs durèrent jusqu'à trois heures. La malade fut pansée avec des compresses imbibées d'eau de fleurs de sureau, renouvelées toutes les deux heures.

Le soir 38°8. Opium 0,25 centig. Chocolat. Régurgitation.

Le lendemain 37°8 ; un peu de ballonnement du ventre, mais du gaz et des selles liquides sont rendues. Bouillon, lait. Le soir 39°8.

Le 15 au matin. Assez bien 38°. Bouillon. Le soir 38°6. Diarrhée. Lavement avec 20 gouttes de laudanum.

Le 16. Le bouillon a été rendu, 38°. Le soir 41°6 ; la malade n'a rien pris, le facies est un peu grippé. Immédiatement après le pansement, frissons d'une demi-heure. Sulfate de quinine, 1 gr. Opium 0,05 centig. Dans la journée deux autres frissons, de vingt minutes chacun.

Le 17. Délire, encore des frissons de dix minutes; la nuit, à huit

heures, nouveau frisson de vingt minutes. Temp. 38°; le soir, paralysie faciale à droite, temp. 38,8.

Le 18. Coma; mort à huit heures du soir.

L'autopsie n'a pu être faite, de sorte que nous n'avons pu trouver la cause de la paralysie faciale droite; mais j'ai pu obtenir d'enlever l'utérus par le vagin. Les intestins étaient absolument sains, et il n'y avait pas ombre de péritonite.

L'utérus seul était malade, il y avait du pus dans les sinus utérins et les lymphatiques de cet organe. La malade était morte d'infection puerpérale, comme les femmes en couches, en cinq jours, à la suite de lésions suppuratives des vaisseaux de l'utérus.

On peut voir sur la pièce que l'utérus en cinq jours n'était pas encore coupé. Sur la pièce fraîche, il y avait des adhérences récentes qui unissaient la surface péritonéale de l'utérus renversé, le ligament rond, le ligament de l'ovaire et la trompe utérine de chaque côté étaient réunis entre eux par des adhérences ovariennes.

La trompe descendait jusqu'au fond du cul-de-sac formé par l'utérus renversé. C'est là une différence très marquée avec les renversements du fond de l'utérus, suites de couches, que l'on a enlevés et où on ne trouve pas les deux trompes. C'est le fond distendu que l'on enlève, ou une corne seulement.

Sur cette pièce, il est facile de voir le degré d'hypertrophie de l'utérus, l'organe a près de 2 cent. d'épaisseur à son fond. Pour que la pièce ne fut pas perdue, j'avais sectionné en avant du clamp le fond de l'utérus; aussitôt que la constriction m'avait paru suffisante, là c'est 48 heures après l'application du clamp que j'ai fait cette section; le malade n'a rien senti et il n'a pas coulé une goutte de sang.

Les deux ovaires contenaient de petits kystes, gros comme des amandes de noisette.

De ce fait, absolument rare, je conclurai qu'il s'agissait d'un renversement de l'utérus par un polype implanté sur le fond de l'organe, là où l'on voyait une cicatrice; que si l'état de la malade lui avait permis de se faire soigner, on aurait pu extraire le polype et réduire l'utérus; que l'opération que j'ai pratiquée n'eût pu être suivie de succès que quand l'utérus n'était pas entièrement renversé et pouvait rester contenu dans le vagin.

Dans le mémoire de Baudelocque et dans les traités de gynécologie, les plus complets, je n'ai trouvé aucun détail sur des faits signalés brièvement d'après des on-dit. Le moule que j'ai fait faire va aller

au musée Dupuytren, dont le catalogue renverra à l'observation de nos bulletins.

M. L. Championnière qui a assisté M. Périer dans ses deux opérations, appuie ce qu'il a dit relativement à l'irréductibilité de l'utérus. il ne croit pas, comme M. Guéniot que le fil élastique coupe sans mortifier les tissus; la mortification est très limitée et n'a lieu que dans les points de la constriction.

M. Trélat ne comprend pas pourquoi, dans les opérations de M. Périer, la section s'est faite à un centimètre au-dessus du fil. Il lui semblerait préférable d'employer un fil élastique qu'on attacherait sur l'anneau élastique au lieu d'un fil de soie.

Dans l'observation de M. Desprès, il ne pense pas que ce soit la présence des deux trompes qui a fait la gravité de l'opération. En pareil cas, le danger est proportionné à la base du cylindre que l'on sectionne. Il est probable que la malade de M. Desprès avait un phlébite utérine avant l'opération.

M. Desprès a employé le clamp de préférence à la ligature élastique pour éviter l'hémorrhagie qui lui semblait à craindre à cause du volume des artères de l'utérus.

M. Périer répond à M. Guéniot que c'est parce que MM. Chauvel et Hue avaient essayé sans succès de réduire par le ballon de caoutchouc, qu'il ne l'a pas employé. De plus, le ballon a déterminé dans des cas semblables des péritonites mortelles.

Quant à la ligature élastique, elle agit par mortification beaucoup plus que par section. Je crois pouvoir expliquer la mortification au-dessus du fil, dans nos opérations, par la force de la constriction de ce fil, qui détermine l'oblitération des vaisseaux au-dessus du point lié. Il en résulte que les parties où il n'y a plus de circulation tombent en gangrène, et c'est là la cause de la séparation au-dessus de la ligature.

J'emploie un fil de soie, parce qu'un fil de caoutchouc n'est pas aussi facile à appliquer et à serrer. Mon procédé n'est pas comparable aux anciennes ligatures avec un fil inextensible, parce que j'agis sur le fil de soie avec un anneau élastique.

(*Séance du* 10 *juin* 1880.)

A l'occasion du procès-verbal, M. Delore dit qu'il a fait l'**abblation d'un utérus inversé pris pour une tumeur fibreuse**, La tumeur avait

le volume d'un œuf et il ne lui vint pas à la pensée qu'un utérus inversé put avoir un pédicule aussi mince que celui qu'il rencontrait dans le vagin. Cette opération a été faite avec l'écraseur, sans anesthésie. Il y eut une douleur très vive au moment de la constriction. La patiente a guéri. Il l'a revue longtemps après l'opération, les règles étaient très irrégulières, le col était à peu près normal. Cependant, M. Malassez a trouvé dans la tumeur enlevée tous les éléments de l'utérus et des deux trompes.

A l'occasion de ce fait, il a fait un relevé des observations d'ablation de l'utérus inversé. Sur 82 cas l'écraseur seul a été employé quatre fois et a donné trois succès et un décès. L'écraseur uni à la ligature a été appliqué une fois avec succès. En somme, sur cinq applications de l'écraseur, il y a eu quatre succès et une seule mort, en ne tenant compte que des cas publiés. Il est vrai que, sur ces 82 cas, l'excision combinée avec la ligature simple, n'a donné qu'une mortalité de 16,6 0/0, chiffre qui a lieu de surprendre.

M, Desprès rappelle qu'il y a une différence énorme sous le rapport de la mortalité entre l'ablation d'une portion de l'utérus inversé et l'ablation totale. Toutes les fois qu'il y a une inversion partielle, le col de l'utérus se resserre sur la partie inversée et commence là un travail analogue à celui que ferait une ligature. Si alors on pratique l'opération en ce point, on réussit ordinairement.

(*Séance du* 23 *juin* 1880.)

Inversion utérine totale ; amputation de l'organe au moyen de la ligature élastique, par M. Poinsot, membre correspondant. — De tous les moyens proposés pour l'amputation de l'utérus inversé, la ligature a paru réunir le plus grand nombre de suffrages; mais cependant des chirurgiens fort distingués comme MM. Cazin et Delens conservent leur préférence à la ligature métallique ou à l'écrasement. L'expérience clinique peut seule trancher ce débat. Mon observation, comme celle de M. Chauvel montre que, même avec la ligature élastique, la section de l'utérus peut se faire assez exactement, et met ainsi à néant le principal argument invoqué par M. Cazin contre ce procédé d'opération.

Mme M..., 48 ans, mariée, vint en octobre 1879 à Bordeaux, pour y être traitée d'une affection utérine dont les progrès compromettaient son existence.

Le début remonte à dix-huit ans, époque à laquelle Mme M... eut un enfant. L'accouchement fut, dit-elle, normal et la délivrance n'eut rien de particulier, mais, à partir de cette date, la malade fut sujette à des métrorrhagies abondantes, d'abord assez éloignées et se confondant avec les règles, puis se rapprochant, et finissant par empiéter sur l'intervalle des époques menstruelles. Les accidents étaient cependant compatibles avec une santé relative. Car ce fut seulement en 1873, douze ans après leur début, que Mme M... réclama des soins. On constata alors l'existence d'un polype du volume d'une grosse figue et qui fut enlevé par torsion mais sans difficulté.

Mais les hémorrhagies continuèrent avec la même fréquence et une abondance peut-être augmentée. Dans la dernière année, la malade ne pouvait rester debout sans avoir une perte sanguine bientôt suivie de syncope. Dans l'intervalle des hémorrhagies qu elle évitait par le repos au lit, elle était constamment mouillée par des pertes blanches, très copieuses, et d'une odeur particulièrement désagréable.

Mme M... avait la face froide et bouffie, ses muqueuses étaient décolorées; il existait un œdème notable des membres inférieurs. L'appétit était nul, et des vomissements avaient lieu fréquemment.

Mme M... fut adressée à mon confrère et ami le Dr Bosc qui croyant à la nécessité d'une intervention chirurgicale réclama mon intervention.

Voici ce que nous constatâmes ensemble :

Le doigt, introduit dans le vagin y rencontre une tumeur du volume et de la forme d'une poire moyenne à grosse extrémité dirigée en bas. Le pourtour de la partie supérieure de cette tumeur peut être exactement suivi; elle se continue sur toute sa circonférence, avec les culs-de-sac vaginaux. En aucun point, le doigt ne peut trouver d'espace par où pénétrer plus avant.

J'essaye, mais également en vain, de découvrir une cavité avec la sonde utérine. Il s'agit donc non pas d'un polype, mais bien certainement d'un utérus inversé dans sa totalité.

Le toucher rectal combiné avec l'introduction de la sonde dans la vessie confirme ce diagnostic en faisant reconnaître que l'utérus n'occupe pas sa situation normale.

La cause d'un déplacement aussi complet nous paraît d'abord assez difficile à donner, mais en y réfléchissant, je crois pouvoir admettre

que, malgré les renseignements fournis par la malade sur son accouchement et ses suites, il avait dû se produire dès ce moment un certain degré d'inversion, et que plus tard, le procédé même choisi pour enlever le polype avait achevé d'inverser l'utérus.

Quoi qu'il en soit, la durée des accidents ne me permettait pas de songer à la réduction et, d'autre part, l'affaiblissement de l'état général constituait une indication pressante d'agir.

Je proposai l'amputation de l'utérus par la ligature élastique.

L'opération fut pratiquée le 4 octobre la malade étant anesthésiée par le chloroforme. Je fus aidé par MM. les Drs Bosc, Davejac, chef de clinique de la Faculté et M. Courtin, interne de l'hôpital Saint-André.

Le manuel fut des plus simples : saisissant le fond de l'utérus avec des pinces de Museux, j'amenai au dehors l'organe tout entier à l'aide de tractions modérées. Il me fut alors facile de constater comme contrôle de mon diagnostic : 1° que le sang qui s'écoulait avec une certaine abondance provenait de la tumeur même ; 2° qu'une fine aiguille en pénétrait aisément le tissu ; 3° que la partie la plus reculée de la tumeur se continuait directement avec la paroi du vagin.

Après m'être assuré que l'infundibulum péritonéal de l'utérus ne contenait aucun organe susceptible d'être lésé par la ligature, j'appliquai un peu au-dessus des lèvres du col et sur le col lui-même une chaîne d'écraseur que je serrai jusqu'à ce que la tumeur cessât de fournir du sang. Alors, avec le thermo-cautère je traçai au-devant de la chaîne un sillon profond de un demi-centimètre dans lequel je plaçai un lien élastique constitué par un drain de petit calibre. Ce lien fut amené à une assez grande distension, fortement serré, et fixé par un double nœud. J'avais eu soin de laisser les deux chefs assez longs pour qu'ils pussent sortir par la vulve après la section des parties.

La chaîne d'écraseur enlevée, je procédai à cette section quand l'utérus eut été soigneusment lavé avec une solution phéniquée faible. Quelques injections du même liquide servirent à débarrasser le vagin du sang qu'il contenait. L'opération elle-même s'était faite sans la moindre hémorrhagie.

La malade fut couchée dans le décubitus dorsal avec les cuisses rapprochées et légèrement fléchies sur le ventre. — Ext. d'opium, 0,01 cent. en pilules à prendre toutes les heures quand les effets du chloroforme cesseront de se faire sentir.

La journée et la nuit sont calmes. — Injections phéniquées trois fois par jour. Continuer l'extrait d'opium.

Quelques légers symptômes de péritonite se manifestent du 6 au 9 et s'amendent sous l'action d'onctions mercurielles et d'extrait thébaïque à l'intérieur.

Le 12 octobre, en pratiquant le toucher pour la première fois depuis l'opération, je constate que la tumeur utérine est devenue absolument molle; la pression détermine une sorte de crépitation gazeuse. Il m'est impossible d'atteindre le lien constricteur ou plutôt le sillon profond qui marque sa place.

Le 14. Il n'existe plus de tumeur dans le vagin. Je reconnais distinctement l'anse du lien élastique encore adhérente en haut, mais l'utérus a disparu, probablement enlevé avec les selles qui n'ont pas été examinées.

Le 16. Le lien élastique se détache sous une faible traction. État général excellent. Pertes vaginales très diminuées depuis la chute de l'utérus.

Au fond du vagin on sent un moignon dont la surface est comme déchiquetée.

La malade se lève le 25 et quitte Bordeaux dans les premiers jours de novembre. A la place du col on trouve un moignon lisse et arrondi et qui présente une sorte d'orifice.

Depuis, la malade n'a plus eu de pertes d'aucune nature, sa santé est excellente et elle a cessé d'être réglée depuis l'opération.

M. Guéniot, à propos de l'observation rapportée par M. Delens, dit qu'en cas de doute l'acupuncture permet d'établir le diagnostic. En piquant le tissu de l'utérus, une aiguille produit de la douleur et s'enfonce facilement; au contraire, lorsqu'il s'agit d'une tumeur fibreuse la douleur est nulle, et l'aiguille pénètre difficilement.

M. Sée rejette absolument l'emploi de l'écraseur dans l'opération en question, parce qu'avec cet instrument on risque d'ouvrir le péritoine sans que des adhérences se soient produites au niveau de la section. (*Séance du* 30 *juin* 1880.)

Dr Chenet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Atrésie complète de la vulve et de l'orifice interne du col utérin. — M. Dumontpallier expose qu'il a eu l'occasion d'observer une

femme qui n'avait jamais été réglée et offrait un curieux exemple d'atrésie absolue de la vulve; elle souffrait de vives douleurs dans le ventre et avait eu précédemment des pelvi-péritonites nombreuses. A l'autopsie, il a constaté les faits suivants : les grandes lèvres, les petites lèvres ainsi que le clitoris avaient une conformation normale; la vessie également avait des dimensions ordinaires; le vagin était rudimentaire et le col de l'utérus présentait une atrésie de l'orifice interne du col utérin. Il n'y avait jamais eu aucune communication entre la cavité utérine et le vagin. En présence d'une oblitération aussi complète, M. Dumontpallier se demande si l'opération de l'atrésie vulvo-vaginale aurait réussi; il met la pièce anatomique sous les yeux de ses collègues.

L'enseignement pratique qui se dégage de cette communication, c'est la nécessité du cathétérisme utérin après l'opération d'atrésie vaginale, et d'une opération complémentaire, s'il y a lieu.

(*Séance du 1er mai 1880.*)

Des ulcérations du col de l'utérus dans la métrite chronique, par M. de Sinéty. — L'auteur de cette communication ayant eu l'occasion d'examiner des cols utérins tout à fait frais, enlevés chez des malades atteintes de métrite chronique, a pu constater que dans le plus grand nombre des cas au moins, cet aspect ulcéreux n'était qu'apparent et dû à une modification des tissus et du revêtement épithélial et non à une perte de substance.

L'examen histologique de coupes faites en différents sens, longitudinales et transversales, a permis d'étudier la structure de ces prétendues ulcérations.

A la surface de la région d'apparence ulcéreuse, on trouve, à la place de l'épithélium pavimenteux stratifié qui la recouvre à l'état normal, une couche de cellules épithéliales de formes variées, tantôt cylindriques, tantôt caliciformes et présentant, en certains points, les caractères des éléments désignés par M. Malassez sous le nom d'épithélium *métatypique*.

A cette couche de cellules aboutissent de distance en distance des enfoncements épithéliaux en doigt de gant, plus ou moins sinueux, analogues à des prolongements glandulaires et tapissés d'épithéliums cylindrique, métatypique ou caliciforme.

Le substratum des éléments ci-dessus décrits est constitué par des

éléments embryonnaires et de nombreux vaisseaux également embryonnaires de divers calibres et gorgés de globules sanguins. Ce tissu présente par place des hémorrhagies interstitielles, qu'on retrouve également plus profondément, soit au voisinage des vaisseaux, soit dans le tissu fibro-musculaire.

A la limite des points restés sains, et aussi dans les parties de la muqueuse cervicale présentant à l'œil nu une couleur et une consistance normales, le début de la lésion a pu être observé et déterminé de la manière suivante : intégrité des stratifications épithéliales superficielles, hypertrophie légère des papilles par un assez grand nombre d'éléments embryonnaires, infiltration néo-formative du tissu conjonctif sous-épithélial par ces mêmes éléments embryonnaires, tel est, pour ainsi dire, le premier degré de la lésion. En avançant dans les parties plus malades, on trouve de plus les papilles moins hautes, s'élargissant à leur base et présentant parfois des hémorrhagies, disparaissant même tout à fait, avec persistance des couches d'épithélium pavimenteux.

Ces faits semblent prouver que les saillies qui existent à la surface de la portion dite ulcérée ne proviennent pas de l'hypertrophie des papilles modifiées, mais bien d'une néo-formation. Ils montrent, en outre, ce qui a déjà été observé pour les lésions inflammatoires d'autres organes, que dans la métrite, les altérations se montrent d'abord dans le tissu conjonctif sous-épithélial ou dans le tissu fibro-musculaire, et que les éléments épithéliaux ne sont atteints que secondairement.

Tel est en substance le processus pathologique indiqué par M. de Sinéty pour l'ulcération du col dans certains cas, car il n'infère pas de là l'identité de structure de toutes les ulcérations de la métrite. A part cette réserve, il pense que les vraies ulcérations avec perte de substance sont exceptionnelles, et que dans un certain nombre de cas, les modifications cadavériques si rapides ont pu induire en erreur les observateurs.

(*Séance du 3 juillet 1880.*)

D[r] E. HOTTENIER.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Etudes sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines (1), par M. Boussy ancien interne des hôpitaux.

Comme le titre de la thèse l'indique, M. Boussi n'a pas fait une œuvre didactique sur la question des troubles nerveux réflexes dans les maladies utérines, il s'est borné à étudier les faits passés sous ses yeux pendant son internat chez M. Dumontpallier, en 1878, et chez M. Constantin Paul, en 1879. Durant ce laps de temps, 133 femmes atteintes de maladies génitales furent soignées dans les salles. C'est sur ce nombre respectable d'observations que M. Boussi s'appuie pour tirer ses conclusions.

Il divise son sujet en deux parties.

Dans la première, il étudie les troubles nerveux réflexes dans les différentes catégories d'affections génitales ; et il porte principalement son attention sur les métrites et les changements de situation.

Dans la deuxième partie, il discute, dans un premier chapitre, la relation de ces troubles nerveux avec les lésions utérines, dans un second, la nature de ces troubles.

Voici le résultat de ses recherches :

Dans la plupart de ses observations il a rencontré des névralgies iléo-lombaires ; elles constituent les véritables troubles nerveux réflexes des affections génitales. Elles sont, dit-il, aux affections utérines ce que les névralgies intercostales sont aux affections pulmonaires, c'est, pour ainsi dire, le point de côté utérin.

Mais, en dehors de ces névralgies que leur fréquence doit faire rentrer dans la symptomatologie utérine, sur 133 observations il n'a rencontré que 46 troubles nerveux sympathiques ; 16 sur 35 métrites, 13 sur 22 changements de situation, 7 sur 12 vaginites, 8 sur 22 pelvi-péritonites ; enfin, 2 cas de légère anesthésie dans un cancer et un

(1) Th. de Paris, 1880.

kyste. Et encore tous ces troubles nerveux étaient-ils sans gravité : ils consistaient en névralgies, palpitations, anesthésie, boule, clou, tympanisme, dyspepsie, toux, dyspnée, vapeurs, modifications du caractère, tous symptômes que l'on peut ranger sous l'étiquette de troubles nerveux hystériformes. Il n'a jamais rencontré les vomissements, le gonflement des seins, la paralysie, la contracture, les convulsions qu'un simple examen au spéculum suffit souvent à déterminer.

La plupart du temps ces troubles nerveux préexistaient à l'affection utérine; souvent ils persistaient après la guérison de la lésion, ou tout au moins revenaient peu de temps après, tant que l'état général n'était pas amélioré; enfin, les troubles et la lésion évoluaient chacun de leur côté sans action l'un sur l'autre.

Du reste, même chez des hystériques, souvent une affection utérine survenait sans réveiller de phénomènes nerveux.

Ne pouvant attribuer ces troubles nerveux à l'affection génitale, M. Boussi les rapporte soit à l'hystérie ou à son diminutif le nervosisme, soit à l'anémie et à l'alcoolisme. Mais la fréquence plus grande de ces troubles dans les métrites, les pelvi-péritonites, les déplacements et les vaginites, affections où l'anémie est moins profonde que dans les cancers, les corps fibreux, les kystes et les avortements, leur ressemblance avec ceux de l'hystérie, lui font croire qu'ils relèvent le plus souvent de cette dernière maladie.

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches sur le bassin rachitique scoliotique et le bassin rachitique cypho-scoliotique.

I. *Das Scoliotisch und Kyphoskoliotisch Rachitische Becken, mit 14 Holzschnitten und* 15 *Tafeln in Lichtdruck, Leipzig.* 1879. — II. *Weitere untersuchungen uber das Scoliotisch und Kyphoscoliotisch rachitische Becken. Archiv. für Gynæk* B i XVI. Heft I, 1880.

M. Léopold vient de publier, sur les bassins rachitiques et scoliotiques et sur les bassins rachitiques cypho-scoliotiques, deux mémoires très intéressants : le premier a paru en 1879, il est fondé sur l'étude attentive de 19 bassins osseux et de quelques cas observés sur la

femme vivante : c'est un ouvrage in-folio, magnifiquement imprimé et suivi de planches éditées à grands frais ; le second a paru en 1880, à la suite d'un voyage que le Dr Léopold avait fait en France et pendant lequel il avait pu à Lyon observer quelques pièces et étudier à Paris la collection du professeur Depaul et celle du musée Dupuytren : 17 bassins ont ainsi été examinés de nouveau par lui et leur étude a confirmé les résultats auxquels l'auteur était déjà parvenu.

L'historique de la question est rappelé en détail. Breisky avait déjà signalé l'influence de la scolio-cyphose en ces termes : « Dans la scolio-cyphose d'origine rachitique, l'influence de la cyphose produit une modification déterminée du bassin rachitique » et Léopold ajoute : « D'après une figure de l'Institut de Prague, les altérations principales sont : le promontoire recule en haut et en arrière, la *conjugata vera* est agrandie et le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur est diminué ; en un mot, les diamètres droits ont une disposition inverse de celles qu'ils présentent dans le rachitisme. »

Les bassins dont Léopold a fait l'étude sont des bassins rachitiques (à l'exception de deux), mais les uns sont rachitiques et scoliotiques, les autres sont rachitiques et cypho-scoliotiques. L'auteur étudie d'abord les premiers, puis il montre quelles modifications la cyphose vient ajouter à la forme des bassins scolio-rachitiques.

Bassins scolio-rachitiques. — Lorsque chez une femme rachitique il existe une scoliose de la colonne vertébrale, les altérations du bassin peuvent porter sur le détroit supérieur et sur le détroit inférieur.

Le détroit supérieur déformé peut l'être d'une façon symétrique, ou d'une façon asymétrique.

Dans le premier cas, le détroit supérieur a la forme d'un cœur de carte à jouer ; on peut dire encore que, par suite de la saillie faite en dedans, au niveau de l'angle sacro-vertébral et du fond des cavités cotyloïdes, il offre l'aspect d'un tricorne ou qu'il rappelle la forme en Y du bassin appelé pseudo-ostéomalacique par Nœgelé.

D'autres fois, le bassin est asymétrique : il existe alors un aplatissement beaucoup plus marqué d'un côté que de l'autre ; il y a diminution d'un diamètre sacro-cotyloïdien, et le détroit supérieur a une forme qui rappelle celle du bassin oblique ovalaire.

Pour expliquer ces déformations, Léopold étudie les facteurs suivants qui agissent : 1° la forme congénitale individuelle des divers bassins ; 2° la pression du poids du corps ; 3° la traction des liga-

ments; 4° la traction des muscles ; 5° les conditions d'équilibre de tout le corps.

En se fondant sur l'étude du développement, il montre que, malgré l'existence chez une femme rachitique d'une scoliose lombaire à gauche et dorsale à droite, si les membres inférieurs sont d'une égale longueur, si le poids de la tête et celui de la partie supérieure du tronc viennent tomber sur le milieu du bassin, celui-ci reste symétrique.

Mais, si le sacrum prend part à la scoliose qui devient alors lombo-sacrée, le bassin se trouve plus chargé du côté où prédomine la scoliose, la résistance augmente du même côté sur le fond de la cavité cotyloïde, petit à petit l'asymétrie se prononce et le bassin s'aplatit du côté où la scoliose lombaire existait : de là la forme asymétrique avec diminution du diamètre sacro-cotyloïdien du côté de la scoliose lombaire. Cette déformation du même côté que la scoliose lombaire est la règle.

Dans quelques cas exceptionnels cependant, on voit l'aplatissement exister du côté opposé, c'est-à-dire à droite, si la scoliose lombaire se trouve du côté gauche ; Léopold montre que dans ces faits, par suite de la courbure de compensation, le poids de la tête et celui de la partie supérieure du tronc portent principalement, au niveau du bassin, sur le côté opposé à celui où existe la scoliose lombaire ; comme, en conséquence, la pression au niveau du fond de la cavité cotyloïde est plus considérable, il en est résulté un aplatissement à ce niveau.

En résumé dans le cas de bassin rachitique et scoliotique, au niveau du détroit supérieur, on peut avoir : 1° une forme symétrique lorsque le poids du corps porte également sur les membres inférieurs ; 2° une forme asymétrique, si le poids du corps porte surtout sur un côté, l'aplatissement du bassin existe habituellement du même côté que la colonne lombaire.

Au détroit inférieur on observe, au contraire, une modification inverse ; le bassin est agrandi du côté de la scoliose lombaire et rétréci du côté opposé.

Au point de vue du diagnostic, le bassin scolio-rachitique peut être surtout soupçonné par la direction des apophyses épineuses : or, en général, la torsion de la colonne vertébrale ne détermine qu'une courbure assez faible de la ligne formée par les apophyses épineuses, une courbure très petite de cette dernière chez la femme vivante devra donc faire admettre une courbure plus forte de la colonne formée

par les corps des vertèbres et par conséquent, un bassin aplati latéralement.

Bassin rachitique cypho-scoliotique. — Dans le cas où le bassin rachitique est à la fois scoliotique et cyphotique, on observe, comme dans la cyphose ordinaire décrite par Breisky, la forme en entonnoir du bassin ; le détroit supérieur est agrandi, le promontoire se trouve entraîné en haut et en arrière, et le détroit inférieur se trouve diminué suivant ses diamètres antéro-postérieur et transversal. On a donc un bassin en entonnoir.

Il est cependant possible de distinguer le bassin rachitique scoliocyphotique du bassin cyphotique pur. En effet, dans la cyphose pure le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur arrive à être plus grand que le diamètre transverse. Dans les bassins rachitiques et cypho-scoliotiques, le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur est toujours plus petit que le diamètre transverse ou arrive au plus à être égal ; dans ce dernier cas, la forme du détroit supérieur est ronde. On pourrait donc dire que la móins grande étendue relative du diamètre antéro-postérieur reste, dans le bassin rachitique cypho-scoliotique, la caractéristique comme dans le bassin cyphotique pur.

Le diagnostic, le pronostic, le traitement ont été étudiés également avec soin par M. Léopold, et suivant le dégré du rétrécissement on pourra être obligé d'avoir recours à diverses opérations, à l'embryotomie et même à la section césarienne. D[r] B.

Lactosurie puerpérale, par KALTENBACH (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, volume IV, 2e fascicule). — K... a réuni les résultats obtenus sur 34 accouchées et confirme les observations de du Moulins et de Sinéty, qui croient que le sucre trouvé dans l'urine des accouchées est du sucre de lait, et que sa quantité est en rapport avec la masse du lait sécrété, et la théorie de Spiegelberg, pour qui le sucre est un produit de résorption. La cause de la présence du sucre dans l'urine doit donc être un obstacle à l'écoulement du lait sécrété. Si la tension dans les conduits galactophores est supérieure à celle qui existe dans les lymphatiques voisins, les éléments du lait pénètrent dans ces derniers. La graisse et la caséine ne peuvent pas transsuder; l'eau, le sucre et les sels seuls traversent. L'urine renferme plus de sucre, lorsque la lactation est empêchée par une mastite, une affection du mamelon ou une maladie puerpérale. Le sucre disparaît de l'urine après l'allaitement. A. CORDES.

Grossesse, parturition et puerpéralité chez les femmes syphilitiques. — Dans un mémoire sur ce sujet, publié dans *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, vol. IVe, 1er fascicule, et qui comprend 167 femmes syphiliques, Mewis arrive aux conclusions suivantes :

Dans plus de la moitié des cas, la grossesse est interrompue avant d'avoir atteint sa moitié. L'infection contractée avant le 6e mois est plus dangereuse que plus tard. Dans les cas anciens, la proportion des avortements diminue, et l'accouchement à terme ou après la 13e semaine devient plus fréquent. M..., contrairement à l'opinion courante, dit que la grossesse n'a pas d'influence sur la syphilis ; les symptômes sont les mêmes chez les femmes enceintes que chez les autres.

La rigidité du col, un travail pénible et l'agitation sont plus fréquents chez les syphilitiques. Les accouchées syphilitiques sont sujettes à la fièvre, résultat de la complication de la maladie avec l'état puerpéral ; elles présentent souvent aussi de la paramétrite.

Les symptômes locaux semblent s'amender pendant l'état puerpéral, même sans traitement.

Syphilis congénitale. Les observations de M... portent sur 153 cas pris, comme les précédents, à la maternité de Dresde. Voici ses conclusions :

1° La syphilis est la cause la plus commune de la macération du fœtus. Chez les fœtus macérés, les éruptions syphilitiques cutanées sont très rares ; elles sont plus fréquentes chez les fœtus morts récemment, et fort communes chez ceux qui viennent vivants. On ne les rencontre jamais avant le 8e mois.

2° Il en est de même des affections pulmonaires, qui peuvent cependant se rencontrer chez les fœtus morts récemment, après le 6e mois.

3° Le foie, la rate, les os sont également affectés ; les manifestations osseuses deviennent d'autant plus fréquentes qu'on se rapproche davantage du terme.

4° L'induration du pancréas est causée par la syphilis. On ne la trouve guère dans les fœtus macérés, et seulement après le 8e mois.

5° La dégénération des vaisseaux ombilicaux, surtout celle de la veine, et la sténose de ce conduit sont causées par la syphilis.

6° Chez les fœtus macérés les vaisseaux ombilicaux ne présentent des signes de dégénérescence qu'après le 6e mois ; plus tard, ils disparaissent graduellement ; on ne les rencontre presque jamais chez les fœtus morts récemment ou nés vivants.

7° Les manifestations placentaires sont rares; elles se présentent sous la forme d'endométrite placentaire gommeuse, si elles affectent la surface maternelle du placenta, et de dégénérescence vasculaire, si elles occupent la face opposée. A. Cordes.

Inversion spontanée de l'utérus après un avortement. — Une femme de 21 ans, raconte le Dr A.-V. Scott, de Philadelphie, avorta le 19 mars 1879. Le fœtus se présenta par les pieds, et Scott, n'espérant pas qu'il pût vivre, car il n'avait que cinq mois de vie intra-utérine, ne fit pas de traction sur les membres, il se contenta de tenir la main sur le fond utérin, sans presser. Après avoir lié le cordon, en appuyant la main sur l'abdomen, il ne put trouver le fond utérin.

Le placenta était à la vulve, et point adhérent, car il sortit sans difficulté. Au toucher, Scott reconnut l'inversion. « Le col s'était retourné le premier, puis le corps, puis le fond. » Une légère pression sur le fond réduisit brusquement l'utérus.

En discutant les causes de cette inversion, Scott arrive à la conclusion qu'elle est due à la forme du placenta, qui avait 19 millimètres d'épaisseur, et couvrait toute la face interne de l'utérus, si complètement, qu'il n'y a pas eu, à proprement parler de poche des eaux membraneuse. Ce placenta épais, en traversant le col, l'a dilaté plus qu'il ne fallait pour le passage de la tête. Le col étant ainsi trop largement ouvert, et les tissus utérins participant à la flaccidité générale des chairs de la parturiente, la pression des muscles abdominaux a suffi pour produire l'inversion. (*Am. journ. of obst.*, 1880, p. 56.) A. Cordes.

La constipation chez les enfants est l'objet d'un mémoire très complet du Dr Smith; après avoir longuement examiné les causes de la constipation chez l'adulte et chez l'enfant, Smith examine son traitement. Parmi les précautions hygiéniques, il recommande le thé de mouton et de poulet, les fruits, l'amidon qui, suivant lui, est, même chez les enfants, converti en glucose. (*V. Phén. chirurg. de la digestion* par Ch. Richet, *Rev. des Sc. médic.*, octobre 1878, p. 706.) On peut employer le maltose, ou le sucre de lait. La farine d'avoine est plus laxative que les autres aliments amylacés ; on peut en faire un gruau, et le donner, passé ou non, suivant les cas. L'eau est aussi un bon laxatif, et, sans doute, l'effet déconstipant des fruits, des

bouillons, des gruaux et des eaux minérales, tient en grande partie à la quantité d'eau qu'ils contiennent.

Smith indique, d'après Trousseau, l'application sur le ventre de linges trempés dans l'eau froide; mais il craint que les enfants ne la supportent pas ; aussi la réserve-t-il pour les adultes.

Les lavements tièdes n'étant pas toniques, il recommande de les donner froids, et à grande eau, dans les cas d'accumulation fécale abondante ; ils agissent ainsi mécaniquement en balayant l'intestin. Il cite le cas de M. Gay qui a présenté à la *Pathological Society* un enfant de 7 ans, qui n'avait pas eu de selle depuis près de quatre mois. M. Gay introduisit un tube jusque dans le colon, et lava l'instestin à plusieurs reprises, et réussit si bien que la circonférence de l'abdomen du malade fut réduite de 127 à 62 centimètres. Puis il parle des suppositoires de cacao, de savon, de gélatine ; cette dernière substance paraît agir par son hygrométricité. Il indique l'électricité.

Parmi les purgatifs, il donne la préférence à l'huile de ricin, aux petites doses de calomel jointes au sirop de rhubarbe, le sirop de séné, ou la poudre composée de réglisse de la pharmacopée allemande (1).

La belladone, recommandée par Trousseau, n'a pas donné de bons résultats à l'auteur, qui semble croire qu'elle n'a pas le même effet en Amérique que chez nous. Il se loue de la noix vomique. Il prescrit souvent le mélange suivant :

Huile de morue..................	2 parties.
Eau de chaux....................	ãã 1 partie.
Sirop de lacto-phosphate de chaux.	

A la dose de un quart à une demi-cuillerée à café, après chaque tétée. (*Am. Journ. of Obst.*, 1880, *p.* 65.) A. CORDES.

Alimentation rectale et avortement provoqué dans les vomissements de la grossesse. — Voici les conclusions résumées du travail de W.-W. Potter sur ce sujet :

(1)

Follicules de séné.......	2	parties.	
Racine de réglisse......	2	—	
Fruits de fenouil........	1	—	
Soufre lavé.............	1	—	
Sucre..................	6	—	(A. C.)

1° Dans quelques cas, les fonctions gastriques sont tellement troublées que la digestion est impossible. La mort peut en être la conséquence;

2° On est souvent obligé de ne donner aucun aliment par la bouche;

3° L'alimentation et la médication rectales assurent à l'estomac le repos nécessaire et sont indispensables pour nourrir la malade et la traiter;

4° La nutrition se fait dans ces cas par une action péristaltique rétrograde, que Campbell a nommé *rétrostalsis*;

5° Par cette méthode, on peut réduire au minimum le nombre des cas où il est nécessaire de provoquer l'avortement;

6° Dans les cas qui ont résisté à tous les traitement, la provocation de l'avortement n'est pas immoral, et le médecin doit se décider à la faire. (*Ibid.* p. 85.) A. CORDES.

Nouvelle méthode de traitement de l'insertion vicieuse du placenta par Nunn. — L'auteur rapporte un cas de *placenta praevia*, dans lequel il a réussi à arrêter l'hémorrhagie par l'application du persulfate de fer dans le col. La parturiente était à sa neuvième grossesse, Nunn répéta trois fois l'application du styptique, à l'aide d'un spéculum, et l'hémorrhagie ne reparut pas.

Les contractions n'ayant repris que longtemps après l'application du médicament, ce n'est pas à elles qu'est dû l'arrêt de la perte. Ce badigeonnage du col n'a pas l'inconvénient des injections vaginales styptiques, qui resserrent et dessèchent les parois du vagin, ni celui des tampons, qui retardent l'expulsion du fœtus, et augmentent les chances de rupture utérine. (*Ibid.* p. 105). A. CORDES.

Traitement de l'éclampsie par la pilocarpine. — Dans la séance du 7 août 1879 de la Société Obstétricale de Philadelphie, le Dr Whelen rapporte deux cas de guérison.

Dans le premier cas, le traitement a commencé par une saignée de 270 gr.; et l'administration du chloral et du bromure de potassium par le rectum, qui amenèrent de l'amendement dans les symptômes.

La malade devenant comateuse, le Dr A.-H. Smith fut appelé; il fit une injection sous-cutanée de 3 centigrammes de pilocarpine. Au bout de 8 minutes, la malade eut une diaphorèse abondante et la salive s'écoulait de sa bouche. Dès ce moment, les convulsions ne repa-

rurent plus. Elle avait repris connaissance le lendemain matin et elle accoucha trois jours après d'un fœtus mort.

Le second cas est celui d'une femme accouchée depuis quelques heures et qui avait eu déjà deux crises avant la délivrance et plusieurs après. Quant W. la vit, elle avait une attaque tous les quarts d'heure. Il injecta sous la peau 2 injections de pilocarpine, qui amenèrent l'effet habituel au bout de 6 minutes. Pendant l'heure qui suivit, elle eut trois accès violents. W. fit alors une saignée de 480 gr., à la suite de laquelle elle se calma, et reprit connaissance le même soir.

Dans la séance du 2 octobre, le Dr A.-H. Smith rappelle un cas dans lequel une injection d'eau chaude a fait cesser la *contraction en clepshydre*, qui causait un enchâtonnement du placenta. Il s'est servi d'eau à 46° C. et phéniquée.

A. Cordes.

Diagnostic et traitement de la grossesse tubaire. — A propos d'un cas de grossesse tubaire, dans lequel il ponctionna le kyste par le vagin, puis, trois mois plus tard mit au monde par la laparotomie un fœtus qui vécut vingt-quatre heures, Fränkel tire les conclusions suivantes :

S'il est reconnu dans les douze premières semaines de la grossesse, un kyste fœtal extra-utérin doit toujours être ponctionné, puis injecté avec de la morphine. Puis il faut extraire le fœtus par la laparotomie ou par l'élytrotomie. On peut penser à l'emploi du galvano-cautère, suggéré par G. Thomas. Il est utile d'opérer de bonne heure, car alors on peut bourrer le sac avec des tampons, sans le faire éclater. (*Arch. f. Gyn.*, vol. XIV, fasc. 3.)

A. Cordes.

Excision de la muqueuse du col dans le catarrhe ancien. — Schröder recommande cette opération qu'il a faite trente fois avec succès. Voici comment il opère : L'utérus étant amené aussi bas que possible, et les lèvres du col étant renversées, il enlève toute leur surface interne avec un couteau ; les lambeaux sont alors portés en dehors et cousus au tissu qui touche le bord antérieur de la plaie. S'il est difficile de renverser les lèvres du col, il les divise auparavant. La plaie se cicatrise ordinairement par première intention. (*Ibid.*)

A. Cordes.

Traitement de la stérilité par l'éponge préparée. — Haussmann, de Berlin, croit que le succès qui a parfois suivi cette opération est

dû au maintien exceptionnel de la dilatation obtenue, la muqueuse ayant pendant ce temps recouvré son état normal. Pendant que l'éponge est en place, l'épithélium se desquame et ne peut aider à la progression des spermatozoaires, la sécrétion utérine est tellement modifiée qu'elle fait cesser les mouvements des spermatozoaires. Les tentes phéniquées les paralysent aussi. H... croit que la laminaire n'est pas plus utile, puisque le mucus végétal a une action délétère sur les animaux spermatiques. (*Ibid.*) A. Cordes.

Fistule vésico vaginale. — A. Martin, de Berlin, croit que les fistules sont plus communes qu'on ne le pense en général, et qu'elles ont une disposition à se guérir spontanément. (*Zeitsch f. Geb. u. Gyn.*, t. IV, fasc. 2.)

Dans le même recueil, Benicke, de Berlin, cite un cas de *laparotomie pratiqué pour une grossesse extra-utérine.* L'utérus avait 93 mill. de longueur ; les seins étaient gros et laissaient couler du lait. Le fœtus fut extrait par les pieds ; B... crut pouvoir se passer d'un tube à drainage vaginal, mais il le regretta plus tard, en voyant la suppuration devenir abondante et la température élevée. Cependant l'opérée se remit. A. Cordes.

Traitement palliatif de l'incontinence fécale causée par la déchirure du périnée. — Dans certains cas, dit Haussmann, on obtient une amélioration temporaire par l'application d'un pessaire-anneau en caoutchouc. Il cite un cas dans lequel il a réussi ; la malade était même assez constipée pour être obligée de se purger ; elle ne laissait que rarement échapper des vents. (*Ibid.*, fasc. 1.) A. Cordes.

Réduction d'une inversion ancienne au moyen du colpeurynter. — La malade de Kroner avait 43 ans, et avait accouché neuf fois. L'inversion fut réduite après quelques douleurs au bout d'un jour de l'application du dilatateur, — c'est le tampon de Gariel. — L'auteur cite cinq autres cas de réussite, empruntés à Bockendahl, Schröder, Grassi, Abbie, C. Tyler et Courty. Il donne au tampon la première place dans le traitement de l'inversion. (*Ibid.*) A. Cordes.

Extirpation de l'utérus d'après la méthode de Freund. — Bruntzel rapporte six cas tirés de la clinique de Spiegelberg, de Breslau :

1° Nullipare, 18 ans, sarcome polypeux hydropique du col, vessie

et S iliaque adhérents à la tumeur, perforation du rectum, péritonite septique, mort 53 heures après l'opération.

2° Tertipare, 47 ans, carcinome corné de la portion vaginale. Les deux ovaires furent pris dans les sutures ; guérison.

3° Primipare, 41 ans, carcinome papillaire de la portion vaginale ; opération difficile, hémorrhagie abondante, mort par épuisement 24 heures après l'opération ; péritonite généralisée.

4° Primipare, 51 ans, carcinome papillaire de la lèvre antérieure du col. Le mal ayant envahi les parties voisines de l'utérus, B... renonça à l'opération et referma la plaie abdominale. Réunion par première intention.

5° Sextipare, 41 ans, carcinome du col. Quand l'opérateur essaya de soulever le col avec son doigt, le corps utérin s'en détacha au niveau de l'orifice interne ; mort dans le collapsus au bout de treize heures.

6° Quartipare, carcinome du col ; les deux uretères furent pris dans la ligature des ligaments larges. Péritonite purulente diffuse, hydronéphrose, néphrite parenchymateuse, mort quatre jours après.

B... rejette la ligature en masse comme dangereuse. Dans le cas où les uretères fussent pris dans la ligature, on avait suivi la méthode de Kock, qui commence par séparer l'utérus du rectum et de la vessie. B... veut donc qu'on en revienne à l'ancienne méthode, de lier chaque vaisseau à mesure que le couteau le divise, et il conclut que la méthode de Freund, quoiqu'elle fasse grand honneur à l'esprit ingénieux de son auteur, doit être réservée pour un très petit nombre de cas, d'autant plus que dans le cas de carcinome elle ne donne qu'une amélioration temporaire. (*Arch. f. Gyn.*, t. XIV, fasc. 2.) A. CORDES.

Nouvelle méthode pour l'extirpation de l'utérus entier. — Voici la méthode que propose Crédé, de Dresde :

1° *Résection d'une portion de la paroi antérieure du bassin.* — Pour la faire on fait une incision allant d'emblée jusqu'à l'os, depuis le bord supérieur du pubis jusqu'au clitoris ; on détache ensuite la vessie du pubis, et avec une rugine tranchante on enlève le périoste de l'os pubis. Aussitôt qu'on est arrivé à la branche horizontale, on passe la scie à travers le trou sous-pulvien autour de cette branche. Après avoir scié ainsi des deux côtés, on ramène la scie autour de la symphyse, de telle sorte que ces deux extrémités sortent par les angles antéro-inférieurs des deux trous sous-pubiens. On scie alors en tra-

vers, ne laissant de l'arcade pubienne qu'une bande de 1 centimètre d'épaisseur pour soutenir la branche pubienne descendante. Crédé affirme que cette opération n'est pas dangereuse et ne donne presque pas de sang. Huit jours après il procède à :

2° *L'ablation de l'utérus.* — L'abdomen étant ouvert le long de la ligne blanche, il transperce l'utérus et l'amène au dehors au moyen d'une ficelle. Il lie les artères utérines, les ovaires et les trompes, de façon à pouvoir les enlever avec l'utérus. Puis après avoir passé une sonde dans la vessie il divise le péritoine tout autour du fond de l'utérus et le détache jusqu'en bas. Il faut lier séparément les artères et les veines utérines. Enfin, se servant d'une sonde comme conducteur il sectionne le *laquear* (1). L'opération se fait avec les précautions antiseptiques, et la plaie abdominale est fermée par des sutures. La plaie vaginale est réunie au moyen de trois ou cinq sutures qui donnent au moignon la forme d'un cône saillant dans le vagin.

Crédé réclame en faveur de cette opération les avantages suivants : elle facilite l'examen de toute la cavité pelvienne, et la ligature en masse de Freund est remplacée par des ligatures séparées qui sont préférables. (*Arch. f. Gyn.*, t. XIV, fasc. 3.) A. CORDES.

Marche des spermatozoaires dans les organes féminins, par HAUSSMANN.

a. Dans le vagin. — A moins que la menstruation ne survienne, ils perdent leur motilité dans l'espace de douze heures, souvent beaucoup plus tôt. Beigel avait affirmé qu'ils s'y mouvaient pendant plusieurs jours. Dans trois cas, l'auteur n'a plus trouvé de spermatozoaires dans le mucus vaginal trente-six heures apres le coït.

b. Dans l'utérus. — Haussmann a traité des animalcules mobiles dans le mucus cervical depuis une heure et demie jusqu'à sept jours et demi après le coït. D'où l'on peut conclure qu'une femme dans l'utérus de qui l'on trouve des spermatozoaires vivants doit avoir subi les approches sexuelles depuis sept jours et demi. — D'après Percy, huit et demi. — Si l'on en trouve aussi dans le mucus vaginal, le dernier coït ne peut dater de plus de 36 heures. Les résultats négatifs tiennent à ce qu'il n'y a pas de loi fixe sur la progression des cellules

(1) Ce mot, que je n'ai trouvé encore nulle part, me semble devoir signifier le fond du vagin au niveau des culs-de-sac (A. C.).

spermatiques, qui est influencée par des conditions variables, comme l'ouverture du museau de tanche, les qualités de la sécrétion utérine, le mécanisme et la fréquence de l'acte conjugal.

Les animalcules sont moins nombreux que dans le vagin. Leur nombre varie avec la forme et la position des lèvres du col et le temps qui s'est écoulé depuis le dernier coït; il n'en parvient que peu dans la cavité utérine. Quelques-uns étaient déformés. Ils provenaient d'un homme qui, huit mois auparavant, avait été rendu impuissant pendant trois mois par une maladie gastrique. Haussmann croit que les petits spermatozoaires que produisent les adolescents et les vieillards ne peuvent pas féconder l'œuf.

H .. croit que l'élasticité du vagin imprime au pénis des mouvements irréguliers ; il n'agit pas comme un piston qui se meut dans un cylindre à faces parallèles; il éjacule pour une part dans l'orifice, et, lorsque l'adaptation est parfaite, il pousse une partie du sperme dans le col. Le contact du méat avec l'orifice cervical n'est pas habituel, car le vagin est généralement plus long que la verge ; mais la distance qui les sépare est aisément franchie par la semence éjaculée avec force. Les lèvres cervicales n'exercent sur le sperme aucune succion puisque l'imprégnation s'est faite dans des cas où le col avait été amputé, ou était le siège de lésions organiques. La plupart des animalcules qui n'ont pas d'emblée franchi l'orifice cervical perdent leur mobilité.

La théorie d'après laquelle la semence serait versée dans le vagin ne tient pas devant l'examen des faits suivants :

1° Les animalcules ne peuvent avoir en quatre ou huit minutes franchi la distance à laquelle Sims les a rencontrés récemment.

2° Haussmann a trouvé des spermatozoaires vivants dans l'utérus de femmes qui faisaient des injections de sulfate de cuivre ou d'acide phénique, deux substances qui les paralysent immédiatement.

3° La conception est possible dans les cas de catarrhe vaginal et de cancer du col.

Puisque le sperme qui reste dans le vagin ne peut servir à l'imprégnation, il n'y a rien à faire pour s'opposer à sa sortie. Mais le repos après le coït, prescrit par les anciens, facilite la progression des animalcules et a son utilité.

H... paraît craindre que les injections neutralisantes puissent détruire la motilité des cellules qui franchissent l'orifice. Si le museau de tanche n'est pas trop étroit, les animalcules arriveront à l'utérus

dans les cas de flexion, il est possible de les transporter avec une forte sonde. On serait justifié à faire une opération pour le rétrécissement, si après une semaine de coït répété on ne trouve pas de spermatozoaires dans le mucus utérin, et si l'on est certain qu'il n'existe pas au delà de cause incurable de stérilité. Comme la sonde pourrait blesser l'épithélium et peut-être les animalcules, H... propose d'essayer la seringue de Brown, munie d'une canule flexible ; si l'on échoue, il recommande le *sperma* ou *spermatophore* ; c'est « une sonde molle, épaisse, pourvue de deux traverses rondes faisant saillie ».

La stérilité du catarrhe utérin peut être expliquée par le fait que la sécrétion balaye les spermatozoaires. Cette théorie est appuyée par un fait de l'auteur dans lequel il trouva des spermatozoaires dans le vagin plus tard que d'habitude, la menstruation ayant paru dans l'intervalle. Les observations prouvent aussi que l'utérus ne se ferme pas après l'entrée du sperme.

Le moment où la femme a le plus de chance d'être fécondée est donc assez longtemps avant les règles pour que les spermatozoaires puissent gagner les trompes avant l'écoulement menstruel qui les ferait rétrograder.

L'acide phénique, le thymol, l'eau chlorée, le sulfate de cuivre détruisent les mouvements des animalcules ; d'autres agents employés en gynécologie ont aussi sur eux une influence fâcheuse ; ainsi l'éponge préparée et probablement la laminaire. Haussmann n'a jamais trouvé des spermatozoaires vivants chez les femmes qui portent des pessaires en caoutchouc ; mais, comme leur mort peut être due aux injections qu'elles font, il n'attache que peu d'importance à ce fait. Si les tiges intra-utérines laissent assez d'espace pour qu'une goutte de sperme entre dans le col, la conception est possible. Il faut donc dans le traitement local de la stérilité bien adapter les remèdes aux conditions du cas.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Untersuchungen über den Einfluss der Körperstellung auf die Lage der nicht graviden, besonders der puerperalen Uterus (*Recherches sur l'influence des positions du corps sur la position de l'utérus non gravide et en particulier de l'utérus puerpéral*), par Kustner, avec 4 dessins (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 37).

Ein beitrag zur Histologie des Erosionen der potio vaginalis (*Contribution à l'histologie des érosions de la portion vaginale*), par Fischel. Ce travail est la contre-partie du mémoire de Veit (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 76).

Erfahrungen über Pilocarpin vor und im Geburtsbeginne (*Expériences sur la pilocarpine avant et pendant le travail*), par Kroner. D'après ce travail consciencieux: on ne saurait compter sur les effets de la pilocarpine (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 93).

Wandernich; Hydronephrose; Opération; Anlegen einer Nierenbeckenfistel; Genesang (*Déplacement du rein; hydronéphrose; opération; établissement d'une fistule; guérison*), par Ahlfeld (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 114).

Ein Kaiserschnitt am zevensten Tage der Wehen; Osteomalacie; Genesung (*Opération césarienne au septième jour, nécessitée par une ostéomalacie*), par Reuts. Malgré la date tardive de l'intervention il y eut guérison (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 133).

Eine Freund'sche operation; Tod (*Extirpation de l'utérus d'après la méthode de Freund, mort au cinquième jour*), par Reuss (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p, 135).

Ueber des Verhaten der Blutgefässe ine Uterus nach Stattgehabler geburt (*Sur la manière d'être des vaisseaux sanguins de l'utérus après l'accouchement*), par Balin, avec une planche (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 157).

Noch einmal das Verhalten der Cervix uteri in der Schwangerschaft (*Encore une fois de la manière d'être du cervix dans la grossesse*), par Marchand, avec une planche (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 169).

Ueber Menstruation in der Schwangerschaft, par Levy (*Arch. . Gyn.*, p. 361).

Die Ætiologie der Sagenanntinn « puerperalen infection » der Fœtus und des Neugeborenen (*Etiologie de l'infection puerpérale du fœtus et du nouveau-né*), par GEYL (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 384).

Zur Anatomie des Strieles ovarieller Geschwulste (*Anatomie du pédicule des tumeurs ovariennes*), par WERTH, avec une planche (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 412).

Ein Weiterer Fall von papillarem hydropischen cervix-sarcom und von Extirpation nach Freund (*Cas de sarcome du cervix opéré par Spiegelberg d'après la méthode de Freund*) (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 437).

Plötzlicher Tod der Mutter am Ende der Schwangerschaft; sertiv cæsarea post mortem (*Mort de la mère au terme de la grossesse; opération césarienne, enfant vivant*), par STORCH (*Centralblatt f. Gyn.*, 1879, p. 609).

Die Mortalitat und die Verhältnisse der neugeboren, à la clinique des sages-femmes du professeur Weber R. v. Ebenhof, par le Dr DVOWK. Travail statistique très intéressant et très instructif.

Allgemeine Wiener Mediz. Zeitung, 9 décembre 1879.

Extraction d'un pessaire de Zwanck ayant séjourné trois ans dans le vagin (*Allg. Wien. mediz. Zeitung.*, 18 nov. 1879).

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

Zur Lehre von der physiologischen thrombose der uterus gefässe während der Schwangerschaft, par le Dr PATENKO. Extrait des *Arch. f. Gyn.*, t. XIV, fasc. 3.

Memoria sobre el parto prematuro artificial basada en dos notables hechos practicos, par le Dr ANTONIO GOMEZ TORRÈS (de Grenade). Grenade, 1879.

Des varices chez la femme enceinte, par le Dr BUDIN, th. d'agrég., Paris, 1880. — Doin, éditeur.

Des hémorrhagies chez le nouveau-né, par le Dr RIBEMONT, th. d'agrég., Paris, 1880. — Doin, éditeur.

De l'hydrocéphalie fœtale dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, par le Dr POULLET, th. d'agrég., Paris, 1880. — Doin, éditeur.

De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur, par le Dr PORAK, th. d'agrég., Paris, 1880. — Germer Baillière, éditeur.

Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, par le Dr LEFOUR, th. d'agrég., Paris, 1880. — Doin, éditeur.

De l'hydrorrhée pendant la grossesse, par le Dr STAPFER, th. d'agrég., Paris, 1880. — Lauwereyns, éditeur.

De l'albuminurie chez la femme enceinte, par le Dr Léon DUMAS, th. d'agrég., Paris, 1880. — Doin, éditeur.

De l'influence de la grossesse sur la tuberculose, par le Dr Louis GAULARD, th. d'agrég., Paris, 1880. — Doin éditeur.

Des altérations des villosités choriales, par le Dr DUCHAMP, th. d'agrég., Paris, 1880. — Doin, éditeur.

De l'influence des déviations de la colonne vertébrale sur la conformation du bassin, par le Dr Louis HIRIGOYEN, th. d'agrég., Paris, 1880. — Germer Baillière, éditeur.

Des eaux minérales de Saint-Alban au point de vue clinique et des diverses méthodes de traitement par l'acide carbonique, par le Dr SERVANJU. — Masson, éditeur. Paris, 1880.

Traité d'anesthésie chirurgicale, contenant la description et les applications de la méthode anesthésique de M. Paul Bert, par le Dr J.-B. ROTTENSTEIN. Paris, 1880. — Germer Baillière, éditeur.

Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines et de leur traitement, par le Dr B. DESCHAMPS. Paris, 1880. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Accouchement naturel; hémorrhagie; délire violent; guérison, par le Dr Van den BOSCH, assistant à la clinique d'accouchement de Liège. Bruxelles, 1880. — Manceaux, éditeur.

Du traitement des fièvre intermittentes telluriques par la quinoïdine, par le Dr Edouard BURDEL (de Vierzon). Paris, 1880. — Masson éditeur.

Deontologia ostetrica. Prelezione fatta in Genova, il 14 novembre 1879, par le professeur MACARI.

A case of complete inversion of the uterus with remarks upon the modern treatment of chronic inversion, par Cliston E. WING, de Boston.

Chirurgie antiseptique. principes, modes d'application et résultats. Du pansement de Lister, par Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de la Maternité de l'hôpital Cochin. Deuxième édition entièrement refondue, 1880, 1 vol. in-18. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

La médecine du Thalmud ou tous les passages concernant la médecine. Extraits des 21 traités du Thalmud de Babylone, par le Dr RABBINOWICZ.

Traité pratique de l'art des accouchements, par les professeurs H.-F. NAEGELE, professeur à l'Univerté de Heidelberg et W.-L. GRENSER, directeur de la Maternité de Dresde, 2e édition française traduite sur la 8e édition allemande, annotée et mise au courant des derniers progrès de la science, par G.-A. AUBENAS, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. Paris, 1880. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 29-31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES

SUR LA PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDE.

Par le Dr Polaillon,
Agrégé à la Faculté de Paris,
Chirurgien de la Pitié,
Membre de l'Académie de Médecine.

(Extrait des *Archives de physiologie*).

Dans un mémoire publié récemment par les Archives de physiologie (1), nous avons étudié les *mouvements divers* qui se

(1) Numéro de mai 1880.

produisent dans l'utérus de la femme enceinte à terme ou près du terme.

Comme M. Schatz (1) et M. Poullet (2), qui nous ont précédé dans ces recherches, nous nous sommes servi de la méthode graphique. Nous pensons être arrivé à des résultats dignes d'intérêt et avoir démontré quelques faits nouveaux.

Le problème à résoudre consistait à évaluer et à écrire les pressions que supporte le contenu de l'utérus, soit pendant l'action du muscle utérin, soit pendant l'intervalle des contractions. Pour cela nous avons employé un artifice qui a été mis en usage par MM. Chauveau et Marey dans leurs expériences sur la mesure des contractions du cœur.

Disposition des expériences. — Soient deux petits ballons de caoutchouc pleins d'eau et reliés entre eux par un tube également de caoutchouc. Si l'un des ballons est comprimé, une partie de l'eau qu'il contient passe dans l'autre ballon, qui augmente de volume. Si la pression cesse, l'eau reflue dans le premier ballon et le second revient à son volume primitif.

Supposons que l'un des ballons soit placé dans la cavité utérine et l'autre à l'extérieur; ce dernier ressentira, par l'intermédiaire de l'eau, toutes les pressions que le ballon utérin aura à supporter. Si l'utérus se contracte, le ballon utérin sera comprimé, et le ballon extérieur traduira fidèlement cette compression par une dilatation plus ou moins grande.

Le ballon extérieur représente donc un *œuf artificiel* placé sous les yeux de l'observateur. Son contenu étant évidemment à la même pression que le contenu de la cavité utérine, il fera connaître avec certitude tous les changements qui surviendront dans cette pression et, par suite, toutes les variations de la contraction du muscle à étudier.

Veut-on maintenant évaluer la pression intra-utérine? on

(1) *Archiv für Gynæcologie*, t. III, p. 58, 1872.
(2) *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, t. IV, p. 476, 1878; et t. V, p. 8, 1879.

n'aura qu'à mettre en communication le contenu des ballons avec un manomètre.

Veut-on enregistrer les mouvements qui produisent ces pressions? on n'aura qu'à renfermer le ballon extérieur dans un vase contenant de l'air et communiquant par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc avec un tambour à levier.

C'est d'après ces principes que nous avons construit l'appareil qui a servi à nos expériences (*fig.* 1). Il se compose :

1° D'un petit ballon de caoutchouc pouvant contenir 80 gr. d'eau *sans distension notable de ses parois*, qui sont très minces. Ce ballon, appelé *ballon utérin*, est fixé sur un tube de caoutchouc à parois épaisses.

2° D'un robinet à trois branches *x*, *y*, *z*, dont l'une *y*, communique avec le tube du ballon utérin.

3° D'un manomètre à mercure, en forme d'U, dont l'une des branches communique avec la branche *z* du robinet.

4° D'un récipient de verre hermétiquement clos, contenant le ballon extérieur. Mais comme un ballon de caoutchouc aurait donné un appareil beaucoup trop sensible, nous l'avons remplacé par un entonnoir en verre, dont l'orifice évasé est fermé par une membrane de caoutchouc tendue et dont la partie rétrécie traverse le bouchon du récipient pour s'adapter à un long tube de caoutchouc, qui se fixe par son autre extrémité sur la branche *x* du robinet. La membrane *mm'* représente une portion de la paroi de l'œuf artificiel. Elle bombe plus ou moins selon l'intensité des mouvements qui compriment la paroi de l'œuf réel, et elle transmet ces mouvements à l'air du récipient.

Tout ce petit appareil est une imitation du sphygmoscope de M. Marey. Pour faciliter notre exposé, nous l'avons appelé l'*utéroscope*.

5° D'un tambour à levier qui communique avec l'intérieur de l'utéroscope par un tube de verre.

6° D'un cylindre recouvert de papier enfumé, qu'un mouvement d'horlogerie, muni d'un régulateur Foucault, fait tourner avec une vitesse convenable.

Le ballon utérin et les tubes, qui le font communiquer avec le manométre et avec l'entonnoir de l'utéroscope, sont pleins d'eau. L'utéroscope et le tambour à levier sont pleins d'air.

On comprend sans peine comment cet appareil fonctionne. Les mouvements de l'utérus se transmettent à la membrane de l'utéroscope par l'intermédiaire de l'eau et à la membrane du tambour par l'intermédiaire de l'air. La pointe du levier, mise en contact avec le cylindre tournant, décrit un tracé sur le papier enfumé.

Le ballon est porté dans la cavité utérine, à l'aide du procédé de M. Tarnier, pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel.

Lorsque le ballon a été distendu par une quantité d'eau tiède, déterminée à l'avance (80 grammes), quantité assez

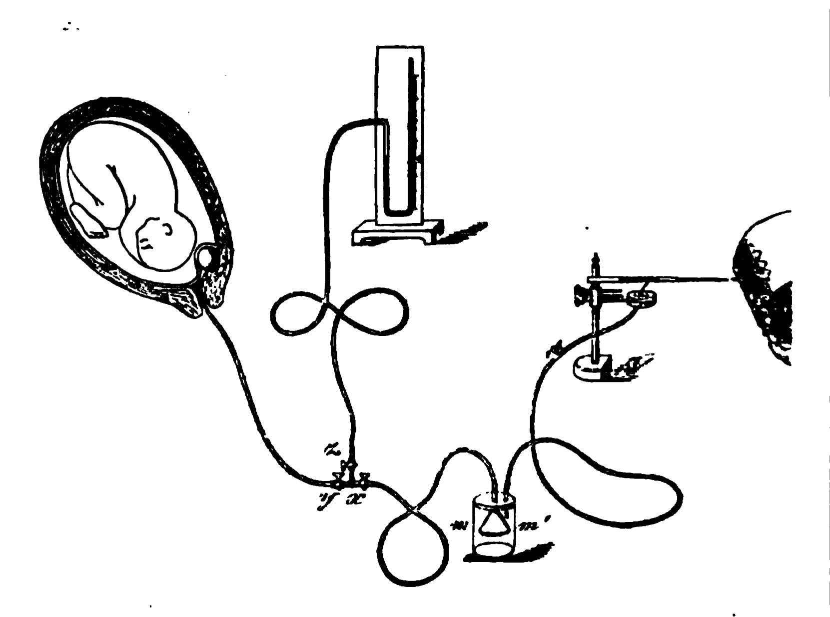


Fig. 1. — Disposition de l'appareil.

grande pour remplir le ballon sans provoquer l'élasticité de ses parois, la partie opératoire de l'expérience est terminée. La

fibre musculaire, irritée par la présence du corps étranger, va bientôt entrer en action.

On adapte alors la douille *y* à l'extrémité du tube qui se rend au ballon et on l'y fixe par une ligature. On remplit exactement d'eau les tubes de caoutchouc qui se rendent, l'un au manomètre à mercure, l'autre à l'entonnoir de l'utéroscope, entonnoir qui est lui-même plein d'eau. Puis on fixe l'autre extrémité de ces tubes sur les douilles *z* et *x* (*fig.* 1). Pendant que l'on prend toutes ces dispositions, les robinets *x*, *y* et *z* sont fermés.

La femme mise en observation est couchée dans le décubitus dorsal. Le manomètre, l'utéroscope, le tambour à levier et le cylindre enregistreur sont placés sur une table au pied de son li.

Bien que l'introduction d'un ballon dans la cavité utérine soit considérée comme une *opération complètement inoffensive pour la mère et l'enfant* (*Traité des accouchem.* de Cazeaux, revu par Tarnier, 8e édit., p. 1049), bien qu'elle ne soit pas douloureuse, bien qu'elle ait été pratiquée un très grand nombre de fois dans un but thérapeutique, et quelquefois dans un but scientifique, toujours sans accident entre des mains expérimentées, tout nous commandait la plus grande réserve. Aussi nous avons voulu faire la plupart de nos observations sur des femmes à bassin vicié, chez lesquelles il était urgent de produire l'accouchement avant le terme. N'est-il pas, en effet, absolument légitime de profiter d'une opération indispensable pour élucider un point obscur de la physiologie?

L'expérience étant disposée comme nous venons de l'indiquer, dès qu'on fait communiquer le ballon utérin avec le manomètre et l'appareil enregistreur en ouvrant les robinets *x*, *y* et *z*, on constate deux ordres de phénomènes qui sont : une *pression intra-utérine* et des *mouvements intra-utérins*.

Pression intra-utérine. — En nous mettant, autant que possible, à l'abri des causes d'erreurs, nous avons trouvé que la pression intra-utérine varie entre 30 et 40 millimètres de mer-

cure, et que, par conséquent, elle est de 35 millimètres en moyenne.

Cette pression dépend de l'organisme et se compose de deux éléments : la *pression des parois abdominales* et la *pression des parois utérines.*

La valeur de la *pression intra-abdominale* chez la femme enceinte à terme est complètement inconnue. L'experience qu'il faudrait faire pour la mesurer exactement, n'est pas possible sur l'être humain. Mais l'observation de certains faits nous a conduit à conclure qu'elle est faible et bien inférieure à 35 millimètres de mercure. — Lorsqu'on ouvre le ventre, sur la ligne médiane, pour l'opération césarienne ou pour l'ablation d'un kyste ovarien d'un volume à peu près égal à celui d'une matrice à terme, on voit les lèvres de la plaie s'écarter un peu, et, si la patiente ne fait pas de mouvements, tous les viscères restent en place sans avoir la moindre tendance à faire irruption au dehors. — Lorsque, avant d'agrandir l'incision nécessaire pour ces opérations, on introduit le doigt dans la cavité péritonéale, dans un but d'exploration, par une ouverture juste suffisante pour lui livrer passage, ce doigt ne subit aucune compression sensible. — Enfin, et cette observation nous paraît décisive, lorsqu'on ponctionne une ascite qui a distendu lentement les parois abdominales, à la manière de la grossesse, et lorsqu'on met le trocart en communication avec un tube de verre tenu verticalement au-dessus de l'abdomen, on voit la sérosité monter à une hauteur qui exprime la valeur de la pression cherchée. La hauteur de la colonne de sérosité, au-dessus du niveau de la matité, est étonnamment faible, si la patiente est dans l'immobilité. Elle a varié, selon les cas, entre 8 et 13 centimètres, représentant ainsi une pression moindre que 1 centimètre de mercure. Or, rien n'autorise à penser que la *pression intra-abdominale* à la fin de la grossesse soit supérieure à la *pression intra-abdominale* dans le cas d'un épanchement ascitique d'égal volume ; et en admettant que ces deux pressions ont une valeur semblable, d'environ 1 centimètre de

mercure, nous nous approchons autant que possible de la vérité.

La *pression intra-abdominale* n'est donc qu'une partie de la force qui fait équilibre à 35 millimètres de mercure ; elle n'en est même qu'un peu moins du tiers, d'après l'évaluation précédente. L'autre partie, qui représente plus des deux tiers de cette force, dépend, comme nous l'avons déjà annoncé, de la *pression des parois utérines*.

Comme les autres muscles, le muscle utérin possède, à l'état de repos, deux propriétés importantes qui sont la *tonicité* et l'*élasticité*. La première, en raccourcissant les fibres lisses, indépendamment de toute contraction, et la seconde, en luttant sans cesse contre la distension produite par le développement de l'œuf, constituent deux forces qui agissent dans le même sens, et qui sont les causes prochaines de la pression propre aux parois de l'utérus.

L'expérimentation a séparé ces deux forces dans les muscles de la vie animale, mais elle n'a pu arriver au même résultat pour les muscles de la vie végétative. Nos expériences démontrent leur existence dans le muscle utérin. Elles donnent même une évaluation totale de leur action combinée, mais elles sont impuissantes à distinguer la part d'influence qui revient à chacune d'elles. Aussi nous avons été obligé de les considérer comme une seule et même force, et de les confondre sous le nom de *tonus musculaire ou tonicité de la matrice*.

La puissance de la *tonicité* est invariable pour le même utérus et pour le même degré de développement musculaire. Mais elle est variable avec les individus et avec l'époque de la grossesse. Au terme de celle-ci elle acquiert son summum d'intensité.

La *tonicité* des fibres musculaires du corps a pour antagoniste la *tonicité* des fibres musculaires du col. Celle-ci sert à maintenir l'occlusion de l'orifice. Celle-là sert à tendre les parois de la chambre d'incubation.

Cette tension a plusieurs usages : — Elle protège l'œuf,

comme nous le démontrerons bientôt. — Elle favorise la contraction, en donnant aux fibres lisses une brièveté et une rigidité permanentes qui les préparent à subir, sans perte de temps ni de force, tout l'effet du raccourcissement quand le muscle entrera en action. Elle joue le même rôle, pour me servir d'une comparaison, que la tension de la vapeur dans une machine qui va se mettre en mouvement. — Elle ajoute son action à la contraction pour compléter l'ouverture de l'orifice et pour expulser le fœtus. — Plus tard, lorsque la naissance et la délivrance ont eu lieu, la rétractilité des parois est indispensable pour permettre à l'utérus de revenir sur lui-même et d'effacer la cavité où s'est développé l'embryon.

En résumé, la *pression intra-utérine* s'explique par la tonicité et l'élasticité des muscles qui forment les parois de l'utérus et celles de l'abdomen. Elle a une valeur constante chez le même sujet, et la colonne mercurielle, qu'elle soulève, reste immobile, pourvu que la situation du manomètre ne change pas et que l'eau qui remplit l'appareil n'éprouve aucune déperdition.

Mouvements intra-utérins. — Après avoir démontré l'existence d'une pression intra-utérine pendant le repos de l'utérus et des muscles abdominaux, nous arrivons à l'étude des *mouvements* produits par la contraction de ces organes.

Tout mouvement, qui augmente la pression sur le ballon explorateur, a pour conséquence une ascension manométrique et une courbe sur le cylindre enregistreur ; et lorsque le mouvement cesse, manomètre et levier reviennent à leur position première. La pression nouvelle, résultat du mouvement, se surajoute à la pression intra-utérine déjà existante ; mais comme cette dernière est une quantité invariable, on peut la négliger dans l'étude spéciale des contractions.

Les mouvements, dont l'utérus est le siège, sont de deux espèces : les uns dépendent de son action propre, les autres sont communiqués par les muscles voisins ou par une pression artificielle sur l'abdomen.

Ces *mouvements communiqués* ou *accessoires* donnent lieu a

des courbes diverses, qui compliquent le graphique de la contraction utérine. Leur étude doit nécessairement précéder celle de la contraction. Elle nous fournit, d'ailleurs, l'occasion de constater plusieurs faits qui intéressent non seulement la physiologie de l'utérus, mais encore la physiologie de la respiration.

A. *Mouvements accessoires.* — Ils sont *extrinsèques* ou *intrinsèques*. Les premiers sont dus à la respiration, à l'action de tousser, de rire, de se moucher, de faire un effort quelconque. Les seconds sont dus aux mouvements actifs du fœtus.

Mouvements respiratoires. — La respiration s'accomplissant, chez la femme, surtout par le soulèvement des côtes supérieures, les mouvements de cette fonction ont peu de retentissement sur les organes de l'abdomen. C'est là une des raisons qui expliquent pourquoi la respiration ordinaire et tranquille fait à peine sentir son influence dans la cavité utérine. L'inspiration produit une ligne ascendante oblique, l'expiration une ligne descendante semblable, et la succession des mouvements respiratoires donne lieu à une ligne onduleuse dont les courbes, très peu élevées, échappent à l'interprétation. Tel est l'aspect habituel du tracé de la respiration dans l'utérus (*fig.* 2).



Fig. 2. — Respiration normale. Attitude demi assise.

Mais ce tracé présente quelquefois des variétés. Dans une de nos expériences, la vitesse de rotation du cylindre étant plus rapide, le tracé montre que l'ondulation respiratoire présente à son sommet un plateau horizontal ou légèrement incliné du côté de l'expiration, et que les ondulations sont séparées les

unes des autres par une ligne droite (*fig.* 3). Ces particularités prouvent qu'il peut y avoir, bien qu'on l'ait nié dans ces derniers temps, un repos intermédiaire entre l'inspiration et l'ex-

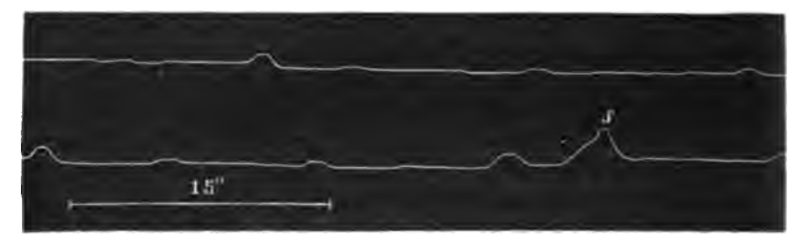


Fig. 3. — Autre type de respiration. Soupir *s*.

piration, et une pause respiratoire entre les respirations successives.



Fig. 4. — Respiration pendant le gémissement à la fin d'une douleur.

Lorsque l respiration est profonde, comme dans le gémissement (*fig*4.), le soupir (*fig.* 3 et *fig.* 5, *s*), l'essoufflement (*fig.* 6), la



Fig. 5. — Respiration pendant le soupir *s s s*.

courbe est plus élevée, par suite de la longueur des lignes as-

cendante et descendante, et le plateau supérieur n'existe pas ou devient très court.

Les ondulations respiratoires se montrent principalement dans l'attitude debout ou assise. Elles deviennent imperceptibles lorsque la femme est couchée horizontalement sur le dos ;



Fig. 6. — Respiration pendant l'essoufflement.

et si la femme s'endort dans cette position, le tracé ne présente plus qu'une ligne droite.

Elles sont plus marquées pendant l'activité que pendant le repos de l'utérus. Ainsi, lorsque la femme est parfaitement calme, le style décrit sur le papier une ligne à peine sinueuse ;



Fig. 7. — Respiration pendant les contractions faibles.

mais une contraction survient-elle, aussitôt les courbes apparaissent, persistent pendant l'activité du muscle et déclinent après elle (*fig.* 7).

Ce phénomène nous paraît tenir à ce que l'utérus se soulève

légèrement d'arrière en avant pendant la contraction, et vient s'appuyer contre des parois et des organes, qui sont mis en mouvement par la dilatation ou l'affaissement de la cage thoracique.

Mais, lorsque la contraction devient énergique, les oscillations respiratoires diminuent ou disparaissent (*fig.* 17). On les observe encore au début et à la fin de la contraction, mais à mesure que la tension musculaire des parois arrive à son apogée, il est difficile ou impossible de les distingüer. D'après les expériences de MM. Legros et Onimus (*Journal d'anatomie*, 1869, p. 40), un phénomène absolument semblable se passe dans l'intestin : la respiration a beaucoup moins d'effet pendant la contraction que pendant le relâchement de cet organe, et elle n'a plus aucun effet lorsque la contraction devient spasmodique.

Les mouvements du diaphragme sont la cause évidente des ondulations respiratoires. En s'abaissant, pendant l'inspiration, il augmente la pression intra-abdominale et par suite la pression intra-utérine. En remontant vers la poitrine, pendant l'expiration, il produit un effet inverse.

Plus les mouvements du diaphragme sont étendus, plus la pression intra-utérine est considérable. Elle varie entre 12, 1,

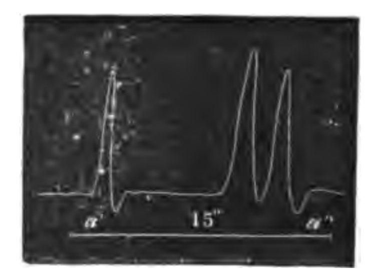


Fig.8. — Toux.

et 2 centimètres d'eau (1/2 millimètre à 1^{mm},5 de mercure) dans la respiration calme, mais elle monte à plusieurs centi-

mètres de mercure pendant l'action de tousser (*fig.* 8 et 9), de se moucher (*fig.* 9), de rire.

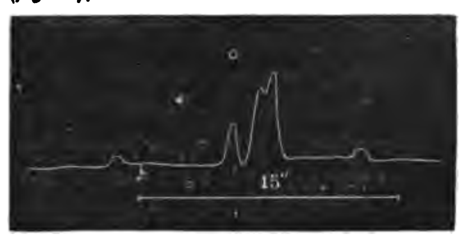


Fig 9. — Action de se moucher.

Bien que nous ayons affaire au type costo-supérieur, l'inspiration ne produit jamais une pression négative, c'est-à-dire une aspiration vers la poitrine, comme cela s'observe chez certains animaux, tels que le chien, qui respire par les mouvements du thorax. L'inspiration se traduit toujours, chez la femme, par une ligne ascendante, ou par une augmentation de pression, et l'effet est constamment le même dans les inspirations les plus profondes.



Fig. 10. — Accès de toux. Le sommet des courbes représente une pression de 88 mill., de 96 mill. et de 104 mill. de mercure.

Dans l'expiration ordinaire, la ligne descendante exprime que la pression diminue à mesure que les parties du thorax reviennent à leur position primitive par le seul effet de leur



élasticité. Mais dans l'expiration violente qui est nécessaire pour crier, tousser, éternuer, les muscles expirateurs peuvent resserrer la poitrine plus que ne le fait une expiration ordinaire. La ligne de l'expiration descendra alors au-dessous de la ligne de l'inspiration, comme on le voit dans la figure 8 ; et, lorsque la compression produite par les muscles expirateurs aura cessé, le thorax reviendra à ses dimensions normales par son élasticité propre. C'est ainsi que s'expliquent les crochets *a a'* de la figure 8.

Les *efforts légers*, tels que ceux qui consistent à soulever les bras pour saisir un objet, à parler, à changer d'attitude pour s'asseoir ou se mettre à genoux, etc., produisent tous une augmentation de la pression intra-utérine (*fig.* 11).

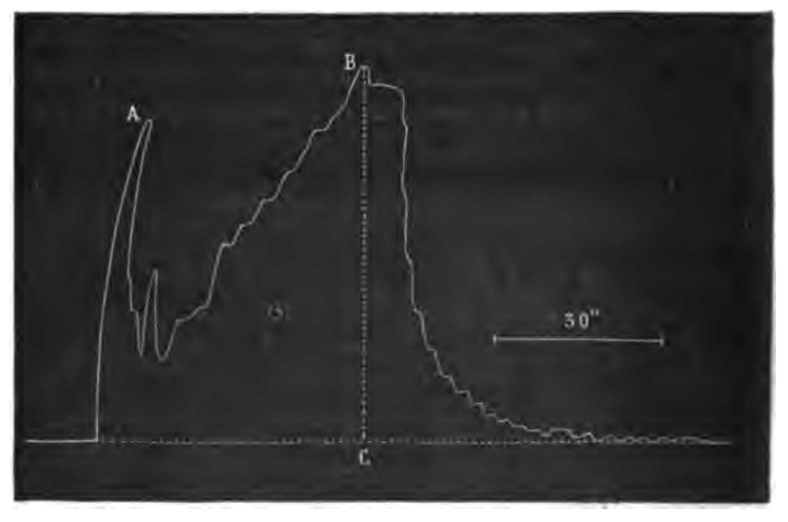


Fig. 11. — A, tracé du mouvement pour s'asseoir; B, mouvement pour se suspendre à la corde du lit; B C, équivaut à une pression de 80 millimètres de mercure.

L'*effort puissant* qui consiste à pousser, comme pour aller à la garde-robe, et à maintenir cet effort pendant quelque temps, produit une pression dont le tracé est représenté par la figure 12

qui montre de quel secours une pareille force doit être pour l'expulsion du fœtus.

L'*excrétion* des urines (*fig.* 13) et des matières fécales (*fig.* 14)



Fig. 12. — Efforts pour pousser produisant une pression de 58 millimètres et de 45 millimètres de mercure.

nécessite encore des efforts qui ont leur retentissement dans la cavité utérine.

Battements du cœur; battements artériels. — Nous n'avons



Fig. 13. — Miction.

jamais rencontré sur de nombreux tracés des ondulations, même très faibles, qui fussent synchrones aux battements du cœur de la mère. L'estomac et les anses intestinales amortissent tellement le choc du cœur qu'il n'existe plus dans l'utérus.

Compressions extérieures. — La pression de la main, appuyée sur les parois de l'abdomen, se transmet au contenu de l'utérus

et se traduit sur le graphique par une ligne onduleuse informe, qui monte et qui descend selon que la pression augmente ou diminue (*fig.* 15). Il en est de même de toutes les pressions extérieures, quelle qu'en soit l'origine.



Fig. 14. — Défécation.

Nous devons signaler ici un fait important : c'est que les mouvements agissent avec une intensité différente dans la cavité vaginale et dans l'utérus. Lorsque, toutes choses étant égales d'ailleurs, le ballon explorateur est placé dans le fond du vagin, au lieu d'être placé dans l'utérus, la même action de tousser, de se moucher, produit des courbes dont l'amplitude est beaucoup plus grande dans le premier que dans le second cas. Les ondu-



Fig. 15. — Pression sur l'abdomen

lations respiratoires sont aussi plus élevées. L'augmentation de l'amplitude du tracé et, par suite, l'augmentation de la pression nous a paru être d'un tiers en moyenne. Comme il est vraisemblable que ce qui existe pour le vagin existe aussi pour la cavité abdominale, on peut conclure que *les pressions sont moins intenses dans l'utérus qu'autour de lui.*

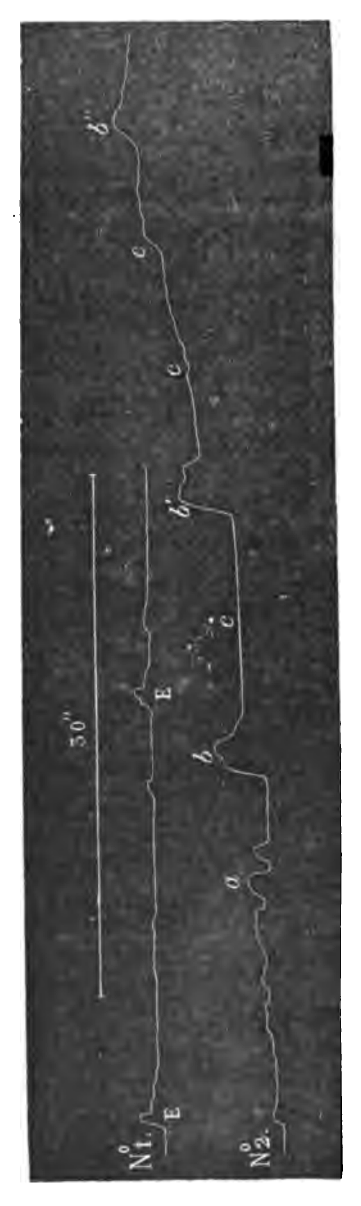


Fig. 16. — Mouvements du fœtus, n° 1 E E en l'absence de la contraction et n° 2 *b b' b''* pendant une contraction.

Toutefois, cette proposition n'est vraie qu'à la condition que l'utérus soit fermé et que la pression ait une courte durée.

Si l'orifice est ouvert, si la cavité de l'utérus se confond avec la cavité du vagin, les pressions seront forcément égales dans la première et dans la seconde. Mais, dans le cas contraire, l'utérus forme un tout isolé et mobile dans l'intérieur du ventre Les mouvements, qui se passent autour de lui, épuisent une partie de leur force à mouvoir sa masse; et leur action vient encore s'amortir contre l'élasticité de ses parois. Il est donc exact de dire que l'utérus protège l'œuf contre les secousses de la toux, du rire, de l'éternuement, etc., contre les ébranlements de la locomotion et contre les chocs extérieurs.

Mais pour que cette protection soit efficace, il faut que les pressions aient une durée éphémère. Dès que la déperdition de force due à la mobilité de la matrice et à l'élasticité de ses parois est compensée par la durée de la pression, celle-ci se transmet intégralement de l'extérieur à l'intérieur de l'utérus.

Toutes les pressions, passagères ou continues, contribuent à expulser le fruit, lorsque l'orifice est dilaté. Ce fait peut trouver dans l'art obstétrical une application utile.

Certains peuples ont pour usage de comprimer artificiellement l'abdomen pour faciliter l'accouchement. Ces manœuvres barbares ne sauraient être imitées. Mais ne serait-il pas possible de hâter la parturition en entourant le ventre avec une bande de caoutchouc méthodiquement serrée? De nombreuses observations, encore inédites, nous permettent de répondre par l'affirmative.

Mouvements intrinsèques dépendant du fœtus. — Les mouvements du fœtus se traduisent sur les tracés par des lignes brisées, obliques ou courbes, informes, dont l'élévation et l'étendue donnent une idée de leur intensité et de leur durée.

Il y a donc là une cause éventuelle qui peut troubler le graphique.

A l'appui de ce que nous avançons, nous donnons la figure 16. Elle montre en *a* une compression légère du ventre avec la main. Cette compression réveille et irrite le fœtus qui se remue en *b*.

Sur ces entrefaises, l'utérus se contracte en *c*. L'enfant continue à se remuer en *b'* et *b''*. De sorte que la contraction utérine se traduit par une ligne ascendante irrégulière, précisément parce que le fœtus remue.

Si le cordon se trouvait comprimé entre le ballon et le tronc du fœtus, le tracé pourrait représenter les pulsations des vaisseaux ombilicaux, mais cette condition ne s'est jamais réalisée dans nos expériences. (*A suivre.*)

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE SUTURE DANS LA PÉRINÉORRHAPHIE (RUPTURE INCOMPLÈTE) (1).

Par le Dr A. Leblond.

Les déchirures du périnée consécutives à l'accouchement ont été divisées en ruptures complètes et ruptures incomplètes.

Dans le premier groupe, la déchirure porte non seulement sur le périnée, mais encore sur la cloison recto-vaginale. Il en résulte une communication entre le vagin et le rectum par suite de la destruction du sphincter anal. Les matières fécales contenues dans l'intestin viennent baigner le conduit vaginal et se répandent sans cesse au dehors dès que les matières intestinales sont tant soit peu liquides.

Dans la rupture incomplète, le sphincter anal n'étant pas détruit, les matières fécales peuvent être retenues aisément. Il n'en résulte pas moins des inconvénients notables dus à l'absence de soutien de l'utérus, qui s'abaisse et peut devenir procident. Lors même que cet abaissement est peu considérable il se produit des douleurs hypogastriques plus ou moins vives, résultant du tiraillement que subissent les ligaments. Ajoutons

---

(1) Travail communiqué au Congrès d'Amsterdam en 1879.

que le coït se pratique dans des conditions très défectueuses, à cause de l'amplitude exagérée du vagin à son entrée.

Cette amplitude du vagin à son orifice peut, dans une certaine mesure, déterminer la stérilité par suite de la sortie trop rapide du sperme.

Aussi, les inconvénients qui résultent de la déchirure, même incomplète du périnée, engagent-ils bientôt les femmes à réclamer l'intervention du chirurgien.

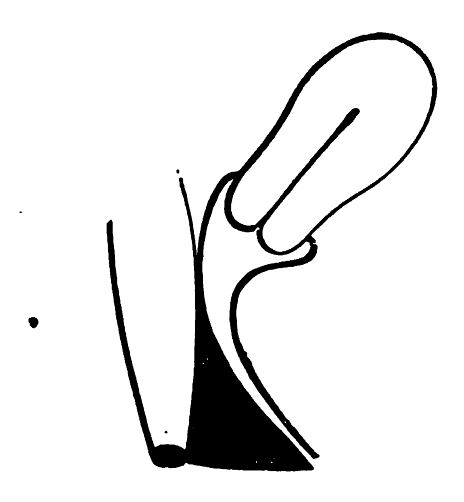


Figure 1. — Périnée intact. (Gaillard Thomas.)

Si nous envisageons le périnée au point de vue anatomique, nous voyons en pratiquant une coupe antéro-postérieure qu'il forme un triangle dont le bord postérieur correspond au rectum, et dont le bord antérieur curviligne, à concavité antérieure, est formé par la paroi postérieure du vagin. Quant au bord inférieur, il s'étend de l'anus à la fourchette (fig. 1).

Lorsque le périnée est rompu incomplètement, il est représenté par une mince lamelle, formée par la cloison recto-vaginale (fig. 2).

L'opération de la périnéorrhaphie, dans le cas de rupture in-

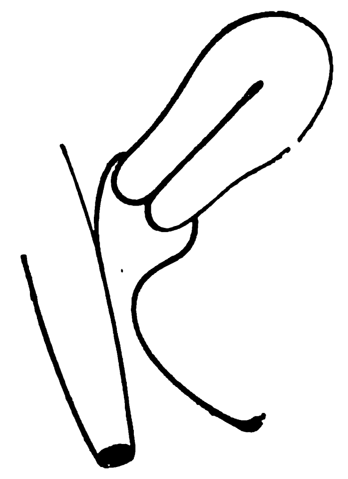


Figure 2. — Rupture incomplète du périnée. (Gaillard Thomas.)

complète, consiste donc à reproduire la surface triangulaire, figurée dans la figure schématique n° 1.

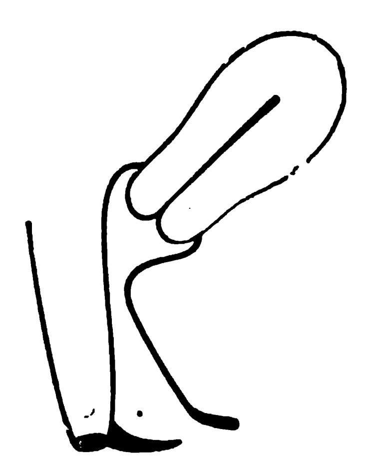


Figure 3. — Périnée incomplètement réparé. (Gaillard Thomas.)

Souvent il arrive que l'opération réunit la peau, sans refaire

la surface triangulaire dont nous venons de parler, l'opération est alors incomplète, car il reste en arrière de la peau réunie un cul-de-sac (fig. 3) qui ne remédie pas aux accidents que nous avons précédemment indiqués.

Les procédés que nous trouvons signalés dans les auteurs exposent presque toujours à laisser substituer ce cul-de-sac.

La modification que nous ferons connaître remédie très-aisément à ce danger.

Commençons par faire connaître le procédé usité habituellement pour la réfection du périnée dans le cas de rupture incomplète, nous verrons ensuite par quelle modification très simple nous sommes parvenu à éviter le danger que nous signalons.

Dans un premier temps, on procède à l'avivement des surfaces qu'il s'agit de mettre en contact; pour cela on commence par introduire un spéculum de Sims dont on appuie la valve sur la paroi antérieure du vagin. Le spéculum sert à relever cette paroi antérieure qui peut gêner l'opérateur et à projeter une vive lumière sur la partie opposée. Un aide écarte ensuite chaque lèvre de façon à tendre fortement les tissus. Le chirurgien saisit la muqueuse avec une pince à dent de souris ou avec un ténaculum, au point où le bord supérieur de l'anus se continue avec la peau, et enlève une bande de tissu remontant vers le vagin dans une étendue de 4 centimètres environ. On saisit de nouveau la muqueuse sur l'une des lèvres un peu au-dessous du niveau du méat urinaire et l'on enlève de nouveau deux bandes de tissu qui vont rejoindre les extrémités du sillon médian, puis on avive la partie centrale du triangle ainsi tracé.

Cela fait, on répète la même opération du côté opposé. Lorsque les surfaces cruentées ne laissent plus suinter de sang en quantité notable, on procède à l'avivement. S'il arrivait que quelque artère donnât du sang, on appliquerait sur son extrémité une pince à forcipressure, ou l'on ferait une ligature avec un fil fin de catgut dont on couperait les extrémités au ras du nœud.

La surface cruentée, présente l'aspect représenté fig. 4.

Lorsque l'écoulement du sang est suffisamment tari et que

l'on est bien sûr de ne pas avoir d'hémorrhagie, on procéde au passage des fils.

Les fils que l'on emploie sont de soie, ou d'argent; dans le premier cas, on fait une suture enchevillée; dans le second, au contraire, une suture entortillée.

Le premier fil est passé au moyen d'une forte aiguille courbè. L'aiguille doit pénétrer dans la peau au niveau de la partie infé-

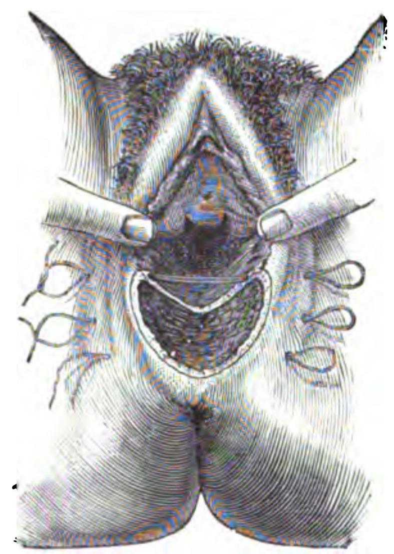


Figure 4. — Surface d'avivemont et sutures en place dans la rupture incomplète du périnée (procédé ordinaire). (Gaillard Thomas.)

rieure de la surface cruentée à un centimètre et demi de cette surface pour la suture enchevillée et à 8 ou 10 millimètres seulement pour la suture entortillée; puis on la fait cheminer dans l'épaisseur de la cloison pour ressortir du côté opposé, en un point correspondant à celui où elle a pénétré. Un second fil est passé un peu plus haut, au niveau de l'endroit où aboutit l'extrémité supérieure du premier sillon creusé. Cette seconde suture chemine encore dans l'épaisseur de la cloison.

Pour éviter de traverser la cloison et de faire pénétrer le fil dans le rectum on a soin d'introduire l'indicateur de la main



Figure 5. — Suture enchevillée en place. (Gaillard Thomas.)

gauche dans la cavité de l'intestin. Un troisième fil pénètre au niveau de la corne supérieure de l'avivement et ressort au niveau de cette corne, puis la pointe de l'aiguille est enfoncée dans la corne d'avivement opposée et ressort sur la peau en un point correspondant à celui où elle a pénétré. *Ce dernier fil traverse librement l'orifice vaginal.*

Beaucoup d'auteurs passent tous les fils en les laissant libres dans une petite étendue au milieu de la surface dénudée.

Lorsque tous les fils sont passés, on place une sonde en gomme entre les fils de soie que l'on a eu soin de passer doubles et l'on serre la suture qui prend alors l'aspect représenté dans la figure 5.

De plus il convient de placer 3 ou 4 sutures superficielles pour rapprocher exactement la peau.

La malade est ensuite placée au lit les jambes rapprochées, et l'on administre 10 à 12 centigrammes d'opium par doses fractionnées afin d'amener la constipation.

On vide la vessie trois fois par jour, à l'aide de la sonde, et l'on pratique des injections détersives dans le vagin.

Le troisième jour on enlève les sutures profondes, et le septième ou le huitième jour, les superficielles.

Le procédé que nous venons d'exposer en détail donne forcément, au niveau de la suture supérieure, un angle dans lequel s'insinueront les liquides sécrétés par le vagin. Ces liquides plus ou moins irritants auront pour effet d'empêcher la réunion dans un grand nombre de cas.

Le procédé que nous allons maintenant faire connaître ne permet pas ce passage des liquides vaginaux.

Commençons par relater les deux cas que nous avons eu l'occasion d'opérer, nous les ferons suivre des réflexions qu'ils comportent.

Obs. I (recueillie par M. Mercier, interne du service). — *Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie*

La nommée C... (Rose), exerçant la profession de plumassière, âgée de 22 ans, fut accouchée, le 15 janvier 1879, dans la salle d'accouchements de l'infirmerie de Saint-Lazare, à l'aide du forceps; il se produisit une déchirure du périnée s'étendant jusqu'au voisinage du sphincter anal. Sur le désir de la malade, M. Leblond pratiqua la périnéorrhaphie, le 12 avril, trois mois après l'accouchement, assisté de MM. Mercier et Fauquez, internes de la maison.

Avant de pratiquer l'opération, on eut soin de vider l'intestin au moyen d'un léger purgatif, et le matin même de l'opération on administra un lavement détersif.

La malade, étant anesthésiée au moyen du chloroforme, est placée dans la position requise pour l'examen au spéculum, et l'on introduit un spéculum de Sims, dont on appuie la convexité sur la paroi antérieure du vagin. Les tissus sont ensuite tendus de chaque côté par les mains d'un aide. L'avivement, ayant la forme d'un croissant à extrémités arrondies, présentait environ 3 centimètres dans sa partie

moyenne. La ligne convexe du croissant correspondait au point de jonction de la peau avec le vagin, et les extrémités du croissant remontaient sur la face interne des grandes lèvres, à 1 centimètre et demi environ au-dessous du niveau du méat urinaire. Après que le sang eut été bien étanché et qu'on se fut assuré qu'aucun point n'avait échappé à l'avivement, on procéda au passage des sutures.

La suture fut pratiquée au moyen d'une grosse aiguille courbe, armée d'un fil d'argent assez fort, et montée sur un porte-aiguille.

L'opérateur, ayant préalablement placé dans le rectum l'index de la main gauche, fit pénétrer l'aiguille vers la corne gauche du croissant, et fit cheminer cette aiguille dans l'épaisseur des tissus, en suivant le bord concave du croissant et de manière à la faire ressortir à l'extrémité de la corne droite. Ce premier fil une fois introduit, on en plaça trois autres à égale distance les uns des autres. Ces trois derniers fils suivaient une direction différente du premier; ils pénétraient dans la

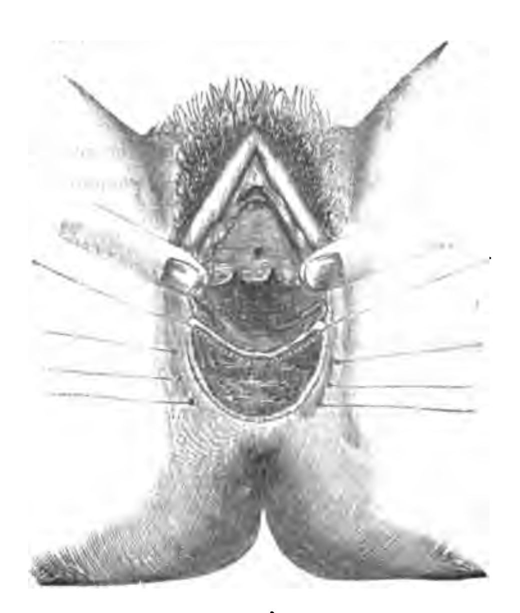


Figure 6. — Disposition des fils dans notre procédé de suture.

peau à 8 millimètres environ en dehors de la surface d'avivement, puis ressortaient à 5 ou 6 millimètres du bord gauche de l'avivement.

On faisait de nouveau pénétrer l'aiguille dans la surface d'avivement à 5 ou 6 millimètres de son bord droit, et ressortir sur la peau à 8 millimètres à droite; de la sorte, la partie moyenne du fil se trouvait libre. Les deux derniers fils furent ensuite passés de la même manière. (La figure 6 indique la disposition des fils.)

On serra d'abord le fil supérieur, qui fronça les tissus à la manière d'un fil passé dans le bord d'une bourse, et l'on opéra la torsion de ce fil. Lorsque le fil fut serré, la partie avivée formait un entonnoir dont la paroi supérieure était constituée par le tissu vaginal que cette première suture avait attiré en bas par glissement. Les trois dernières sutures une fois serrées, amenèrent au contact les parois latérales de cet entonnoir.

Quand la suture fut terminée, on put voir que la paroi inférieure du vagin se continuait avec la peau non avivée, sans former le moindre cul-de-sac en arrière de la nouvelle fourchette. Cette disposition devait laisser une libre sortie aux liquides venant du vagin, en formant une sorte de pont qui les amenait au dehors et les empêchait de s'infiltrer à truvers les points de suture.

Comme soins consécutifs, on appliqua des compresses d'eau fraîche souvent renouvelées, et l'on sonda la malade trois fois par jour, afin d'éviter le contact de l'urine.

On chercha ensuite à obtenir la constipation, en donnant toutes les deux heures une pilule d'extrait thébaïque de 0,01 centigr.

Malgré cette précaution, la malade eut des garde-robes liquides le surlendemain de l'opération; cette diarrhée se renouvela les jours suivants, ce qui fit craindre que le résultat de l'opération ne fût défavorable.

Les fils furent enlevés le cinquième jour; la réunion était complète.

Pendant trois semaines, il persista à la nouvelle fourchette une petite plaie d'un demi-centimètre de diamètre environ, provenant de ce que le premier fil avait légèrement coupé les tissus, et permis un certain relâchement de la suture. Deux ou trois cautérisations au nitrate d'argent assurèrent la cicatrisation de la plaie.

Le périnée fut complètement refait, et l'on put constater que, bien que le premier fil ait permis le relâchement des tissus, il n'existait aucun cul-de-sac en arrière de la nouvelle fourchette.

Une pesanteur que la malade éprouvait dans les flancs et une fatigue

qu'elle ressentait pendant la marche avant l'opération disparurent complètement.

On sait combien les chirurgiens attachent d'importance à la constipation à la suite de la périnéorrhaphie, l'observation que nous venons de relater prouve cependant qu'elle n'est point indispensable, puisque, malgré cet accident, nous avons vu la réunion survenir chez notre malade.

Obs. II. - *Rupture incomplète du périnée. Périnéorrhaphie.*

Mme S..., demeurant à Paris, 52, rue de Chabrol, âgée de 26 ans, le 5 juillet 1879, est accouchée il y a deux ans et demi, sans avoir subi de déchirure du périnée. Il y a dix-huit mois, deuxième accouchement : expulsion rapide; déchirure du périnée arrivant jusqu'au voisinage du sphincter, qui est cependant intact.

La malade se plaint de douleurs assez vives dans la région hypogastrique et vers les flancs. L'utérus examiné est sain; les tissus péri-utérins ne présentent rien d'anormal. Le col étant un peu bas, je supposai que les douleurs pouvaient bien tenir au défaut de support de l'utérus. Je proposai dès lors de refaire le périnée.

La malade, préalablement anesthésiée par le chloroforme, est placée dans le décubitus dorsal, et l'avivement est pratiqué ainsi qu'il est indiqué dans l'opération précédente (5 Juillet 1879).

La suture fut faite au moyen de fils d'argent un peu forts. Avant l'opération, on purgea légèrement la malade à l'aide d'un verre d'eau d'Hunyadi-Janos, pris tous les deux jours, et en ayant soin que le dernier verre ait été pris la veille de l'opération. Le matin de l'opération, on fit prendre un lavement huileux.

Cinq fils furent passés avec la même disposition que dans l'opération précédente.

Après l'opération, on administra des doses fractionnées d'opium, 5 pilules par jour, de 0,025 milligrammes.

Tous les jours, la malade fut cathétérisée matin et soir, et l'on pratiqua des injections vaginales avec une solution phéniquée. L'alimentation consista en bouillon, lait, jus de viande, viande et vin; on interdit les légumes et le pain.

Le 10, la langue devient un peu saburrale, et il se produisit un léger météorisme. L'appétit est presque nul, le pouls reste à 80. Il n'y a pas d'envies de défécation. On conseille pour le lendemain matin 15 gr. d'huile de ricin.

Le 11. L'huile n'ayant pas produit de résultat; on devra prendre dans l'après-midi un lavement purgatif :

Séné	5 gr.
Sulfate de soude.	20 —
Eau bouillante.	500 —

Le lavement a déterminé le rejet de matières dures, formant un assez gros bouchon. Leur expulsion fut cependant assez aisée.

Le 12. Le matin, lavement huileux; on enlève les sutures.— La réunion des tissus est complète; pas de cul-de-sac en arrière du périnée; l'appétit a reparu; l'alimentation est reprise.

Le 31 juillet. Mme S... se plaint de douleurs au niveau du sacrum, dans les flancs et à l'épigastre. Il lui semble que quelque chose ballotte dans le ventre. Leucorrhée assez abondante. Utérus sain.

Les douleurs, dit Mme S..., ne ressemblent en rien à celles qu'elle éprouvait autrefois.

Les règles, attendues le 15 juillet, ne sont pas venues.

La malade est accouchée au commencement de mars 1880.

L'accouchement se fit assez rapidement; la peau du périnée a éclaté sur la ligne médiane, mais sans que la cloison ait été entamée; la déchirure étant tout à fait superficielle et la fourchette étant intacte, je ne crus devoir faire aucune suture. Au bout de quinze jours, la cicatrisation s'était faite, et l'on ne trouvait d'autre trace de la déchirure cutanée qu'une ligne rougeâtre au niveau de la ligne de cicatrisation.

Ce fait est des plus remarquables, et l'on ne s'explique pas trop comment la peau a pu se rompre seule, sans que la cloison ait été atteinte. On peut toutefois penser que le résultat est dû à la grande épaisseur que l'on obtient du côté de la cloison par le procédé de suture que nous avons employé. Il est encore à remarquer que la malade était certainement enceinte lors de notre opération, ainsi que nous l'ont prouvé l'absence de menstruation au 15 juillet, et l'accouchement survenu au commencement de mars. Dans le cas actuel, la grossesse n'a donc eu aucune influence sur le résultat de notre opération. Il est bien certain cependant que si nous avions eu le moindre soupçon de grossesse, nous nous serions abstenu d'opérer.

Si maintenant nous cherchons à analyser les faits, nous devons nous demander quels peuvent être les avantages de la suture que nous avons employée.

Le premier fil cheminant dans l'épaisseur de la cloison et pénétrant au niveau des cornes de la surface d'avivement, fronce, avons-nous dit, les tissus à la manière des bords d'une bourse et fait glisser le vagin de façon à l'attirer en bas au contact de l'extrémité des cornes de la surface cruentée.

Lorsque ce premier fil est serré on voit les tissus avivés se rapprocher d'eux-mêmes et former au-dessous de cette première suture une sorte d'entonnoir dont les bords latéraux se rapprochent pour ainsi dire d'eux-mêmes. Aussi suffit-il d'exercer une traction très faible sur ces sutures inférieures pour maintenir les tissus au contact l'un de l'autre.

La première suture forme une sorte de pont sur lequel viennent couler les liquides sécrétés par le vagin. Ces liquides ainsi amenés au dehors ne peuvent s'infiltrer entre les surfaces d'avivement et l'on n'a pas à craindre de voir la réunion échouer par suite de leur contact irritant.

Nous n'avons pas cependant la prétention de croire que ce procédé doit réussir dans tous les cas où il sera appliqué. Les anaplasties sont des opérations délicates qui échouent quelles que soient les précautions prises, et sans que nous puissions, bien souvent, discerner la cause qui les a rendues impossibles.

Toutefois, ce que nous pouvons avancer hardiment, c'est que si la réunion réussit, nous n'avons pas à craindre de voir la peau se réunir seule et former le cul-de-sac que l'on observe si souvent à la partie inférieure du vagin avec le procédé de suture employé ordinairement.

REVUE DE LA PRESSE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES MALADIES DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME (1).

(DILATATIONS, POCHES URINEUSES, URÉTHROCÈLES VAGINALES.)

Par le Dr S. Duplay.

Les maladies de l'urèthre chez la femme sont rares et par suite mal connues. Si l'on excepte l'inflammation aiguë et subaiguë et certaines tumeurs de l'urèthre et surtout du méat urinaire, c'est à peine si les auteurs mentionnent l'existence d'autres affections de ce canal.

Dans ces derniers temps, l'attention a été appelée sur les *rétrécissements* de l'urèthre chez la femme, qui jusqu'alors avaient été passés sous silence. Newmann, de New-York, a consacré à l'étude de cette lésion une monographie intéressante dont la traduction a été publiée dans ce journal par le Dr Lutaud (janvier 1876), et plus récemment le Dr S. Fissiaux insérait dans les *Annales de gynécologie* (1879) un important mémoire sur le même sujet.

Grâce à ces travaux, l'histoire des rétrécissements de l'urèthre chez la femme est dès à présent à peu près faite, et devra dorénavant occuper une place dans les traités de chirurgie et dans les ouvrages spéciaux sur les maladies des voies urinaires.

Il n'en est pas de même d'une autre lésion qui paraît encore plus rare que le rétrécissement, si l'on en juge par le silence de la plupart des auteurs et par le petit nombre de faits publiés, lésion caractérisée par le développement, sur le trajet de l'urèthre, d'une tumeur liquide en communication avec ce canal et donnant accès à l'urine.

(1) *Extrait des Archives générales de médecine*, juillet 1880.

Ayant eu l'occasion d'observer un exemple de cette singulière affection, j'ai vainement recherché dans les ouvrages classiques quelques renseignements sur ce sujet. C'est seulement dans le *Traité de chirurgie* de Pitha et Billroth (1) que j'ai trouvé la relation de quelques faits analogues, recueillis par Foucher, Gillette, Priestley, G. Simon.

Les recherches bibliographiques que j'ai pu faire ne m'ont permis d'ajouter qu'une seule observation aux précédentes.

J'ai donc pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rapprocher ces rares observations de celle que j'ai recueillie moi-même, dans l'espoir que ce premier essai servirait à compléter plus tard avec de nouveaux matériaux l'histoire d'une maladie non encore décrite.

Je rapporterai d'abord les quatre observations suivantes qui présentent avec la mienne la plus frappante analogie.

Obs. I. (Foucher) (2). — Mme C..., 27 ans, est d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution ; sa santé habituelle est bonne, la menstruation régulière. Il y a quatre ans que, sans cause connue, la miction devint douloureuse et s'accompagna d'une sensation de cuisson, de chaleur, qui tantôt cessait avec l'émission des urines, tantôt persistait plus ou moins longtemps après. Deux ans se passèrent ainsi sans traitement. Un médecin consulté alors ne constata aucune lésion, ni dans la vessie, ni dans l'urèthre. Cette dame devint enceinte ; la grossesse n'offrit rien de particulier, l'accouchement eut lieu sans accident et l'enfant venu à terme était bien portant.

Cependant la cuisson provoqué par le passage des urines existait toujours, et de plus, à la suite des couches il survint quelques pertes utérines peu abondantes, mais tenaces. Cet état n'avait subi aucun changement lorsque je vis la malade au mois de mars.

Après avoir obtenu les renseignements que je viens de relater, j'examinai cette dame. Le toucher vaginal révéla tout d'abord que

(1) *Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie.* t. IV, 9e livraison, p. 37, 1877.

(2) *Moniteur des hôpitaux*, 1857, p. 758.

l'orifice vulvaire se trouvait en partie obstrué par une tumeur arrondie qui masquait la partie supérieure et maintenait les petites lèvres écartées. Cette tumeur était dépressible et le doigt après l'avoir dépassée en arrière, en longeant la paroi antérieure du vagin, faisait constater que la tumeur occupait cette paroi et que le col de l'utérus, situé en arrière, était un peu volumineux.

Au moyen d'un examen plus minutieux fait avec le spéculum l'on reconnaissait que la tumeur, du volume d'une grosse noix, était sillonnée à sa surface de rides transversales et située à 3 ou 4 millimètres en arrière du méat urinaire ; la pression exercée sur elle l'affaissa, mais en faisant sortir par le méat une certaine quantité d'urine. Les efforts de toux, la station n'ont aucune influence sur le développement de la tumeur qui ne paraît liée qu'à la présence de l'urine.

Il était évident qu'occupant la paroi antérieure du vagin cette tumeur était une dépendance des voies urinaires et qu'il n'y avait pas lieu de songer à l'existence de l'un de ces kystes vaginaux décrits par M. Hugier, dont je montrais un bel exemple l'année dernière à la Société anatomique. Je crus avoir affaire à une cystocèle, et ce ne fut que pour obtenir des notions plus exactes sur ce cas particulier, que j'introduisis une sonde dans l'urèthre tout en maintenant le doigt dans le vagin. La sonde eut à peine pénétré de quelques lignes que son extrémité se trouva libre dans une cavité spacieuse et qu'un peu d'urine s'écoula, mais en la poussant plus profondément, je rencontrai une paroi et, après quelques tâtonnements, la sonde s'engagea dans une cavité plus large et donna alors issue à une grande quantité d'urine. Cette exploration montrait donc qu'immédiatement en arrière du méat il existait une dilatation du canal de l'urèthre, laquelle communiquait avec la vessie par une portion de canal, dont le calibre était resté normal.

Ce n'était plus là une cystocèle proprement dite. Du reste l'émission des urines était facile, trop facile, puisque assez souvent la malade se sentait mouillée, à la suite de longues marches et de la station prolongée, et que les rapports sexuels ne pouvaient avoir lieu sans que cet accident se produisît.

Opération. — Incision de l'urèthre, dissection des bords dans l'étendue de 1 cent. de chaque côté, excision et réunion par suture entortillée. Sonde à demeure. Cicatrisation complète au bout de dix jours. La malade a été revue quatre mois après.

Obs. II (Priestley.) (1). — En septembre 1867, je fus appelé auprès d'une jeune femme, ayant accouché pour la première fois six mois auparavant. Elle m'apprit qu'au huitième mois de sa grossesse elle s'aperçut du développement d'une tumeur à l'orifice vaginal, tumeur indolente à la pression, mais donnant lieu à une sensation de gêne, et à un peu de ténesme.

Au moment du travail on vit une tumeur lisse, semblable à un petit œuf, faisant saillie à la paroi antérieure du vagin.

Quoiqu'on fît tout son possible pour écarter cette tumeur au passage de la tête, la pression exercée par celle-ci la fit crever et une certaine quantité d'un liquide épais s'écoula par l'urèthre. Sauf un léger degré de cystite la malade ne ressentit rien, mais une fois qu'elle eut commencé à se lever, la tuméfaction reparut, et de temps en temps laissa écouler un liquide semi-purulent.

La malade, lors de mon premier examen, se plaignait de sentir une tumeur à la vulve, tumeur peu sensible, disparaissant par moment; l'emploi d'un pessaire n'avait pas réussi à la faire disparaître. Je reconnus une tumeur grosse comme un demi-œuf, faisant saillie à l'orifice vaginal, de consistance élastique. Elle ressemblait à une cystocèle, mais était plus ronde, à base plus rapprochée, reposant sur la partie profonde de l'urèthre. En la comprimant, je fis sortir par l'urèthre une demi-once d'un mélange d'urine et de pus. La tumeur disparut. J'essayai de faire passer un cathéter. Il pénétra d'abord dans la vessie; mais en le retirant je le fis s'engager dans le kyste par un étroit orifice. On put alors sentir la sonde par la paroi vaginale antérieure. Cette tumeur, semblable à un diverticule de l'urèthre sécrétant du pus, se remplissait plus ou moins d'urine au moment de la miction.

J'introduisis un dilatateur de Barnes (fiddle shaped) dont l'une des moitiés restait en dehors du vagin, et ainsi je comprimai tout le trajet de l'urèthre.

La malade est ainsi très soulagée, mais la tumeur augmente dès qu'elle abandonne l'instrument. En ce moment la poche est transformée et ne sécrète plus de pus. La pression en fait sortir une urine non mélangée. Il n'y a d'espoir que dans une opération pour effacer

(1) *British med. Journ.*, 1869, t. VIII.

la poche, et celle-ci consisterait en plusieurs points de suture rapprochant les parois.

Obs. III (Gillette) (1). — Mme D..., âgée de 31 ans, présente tous les attributs d'une constitution irréprochable ; elle est mariée, bien réglée et a eu trois enfants sans aucun accident.

Il y a un mois environ, deux mois après son dernier accouchement qui avait été suivi d'un écoulement catarrhal assez abondant, cette dame s'aperçut de quelque trouble du côté de la miction et d'une légère pesanteur au niveau de la vulve. Elle n'y fit pas attention tout d'abord, mais cette dernière gêne s'exagéra. et les cuissons occasionnées depuis quelque temps par le passage de l'urine devinrent si pénibles qu'elle consulta un médecin, dont le traitement se borna à l'administration de diurétiques, et à des injections à l'eau blanche alcoolisée.

Cependant un nouveau symptôme vint inquiéter la malade ; peu de temps après chaque miction, surtout lorsqu'elle était obligée de rester debout ou de faire une longue course, elle se sentait mouillée par l'urine qui s'échappait subitement, presque sans qu'elle en eût conscience, et malgré les efforts immédiats qu'elle faisait pour empêcher cette sortie ; chose curieuse, cette miction involontaire n'était pas accompagnée de cuissons comme celle qui avait lieu sous les efforts de la malade.

Très tourmentée de son état, elle consulta un second médecin qui la traita pour une incontinence d'urine. Cependant aucune amélioration ne se faisait sentir et cette personne d'ordinaire si bien portante, était tellement démoralisée qu'elle en perdait le boire et le manger. Craignant à chaque instant de se sentir trempée, elle en était arrivée à se priver de boisson, même pendant les repas ; de plus, à chaque rapport sexuel avec son mari, l'urine s'échappait encore malgré elle.

Voici ce que me révéla l'examen de cette malade : le doigt introduit dans le vagin sentit immédiatement sur la paroi antérieure de ce conduit une bosselure ovoïde qu'il n'eut pas de peine à déprimer, une légère pression la fit céder et aussitôt l'urine s'écoula sur ma

(1) Gillette. L'*Union médicale*, 12 avril 1873.

main. Continuant l'exploration vaginale, je trouvai les organes génitaux internes en parfait état.

Soupçonnant déjà que j'avais affaire à une dilatation partielle de l'urèthre, je fis le lendemain l'examen à l'aide de deux valves d'un spéculum qui écartaient latéralemeut le vagin; je trouvai alors derrière le méat urinaire une tumeur faisant saillie dans la cavité vaginale et formée presque entièrement par la colonne antérieure de ce conduit. Cette tumeur, à la surface de laquelle on remarque encore quelques-uns des plis de cette colonne, est ovoïde, c'est-à-dire à grand diamètre antéro-postérieur, de 4 centimètres 1[2 au moins, et à diamètre transversal de 3 centimètres. Elle est plus saillante en avant et en bas. et est un peu plus effilée vers l'extrémité postérieure; sa couleur est celle de la muqueuse vaginale, et dès que le doigt la soulève, elle se laisse peu à peu déprimer, semble par conséquent se réduire et donne lieu par cette manœuvre à la sortie de l'urine par le méat.

D'autre part une sonde de femme introduite lentement par le méat s'arrêta dans une cavité, et je pus assez facilement, avec un doigt appliqué sur la tumeur, constater dans son intérieur la présence du bec du cathéter; poussé plus loin, ce dernier pénétrait dans la vessie, qui ne présentait aucun déplacement. Le diagnostic était donc confirmé; il s'agissait d'une dilatation uréthrale, d'une uréthrocèle vaginale.

Sur les instances de la malade, M. Gillette procéda à une opération qu'il décrit ainsi :

La malade étant couchée sur le dos,les deux parois latérales du vagin furent écartées par deux valves en bois: je fis alors une double incision n'intéressant que la partie antérieure du vagin et respectant l'urèthre. Ces deux incisions obliques se rapprochaient l'une de l'autre en arrière et, divergeant en avant, limitaient un lambeau triangulaire de la muqueuse dont la base antérieure siégeait sur la partie la plus saillante de la tumeur et avait 1 centimètrd 1[2 à peu près de largeur. La dissection de ce lambeau (temps assez difficile parce qu'il me fallait ménager la paroi uréthrale) fut faite de la base vers son sommet, et cette portion de muqueuse une fois excisée, je réunis les deux lèvres de la solution de continuité, préalablement décolletées, à l'aide de quatre fils d'argent, ce qni ne fut pas encore d'une exécution très facile.

Les suites furent simples: je maintins dans la vessie la sonde en S

de l'opération de la fistule vésico-vaginale pendant quatorze jours. Au bout de cinq jours seulement je retirai le premier fil antérieur, puis successivement les trois autres. J'avais engagé la malade, pendant tout le temps que se ferait la cicatrisation, à ne tenter aucun effort et à prendre des lavements quotidiens.

Mme D... se levait au bout de quinze jours et ne présentait plus d'accidents du côté de la miction. La station verticale ne faisait plus réapparaître la tumeur. Voici plus de deux mois que Mme D... a été opérée ; elle est retournée à la campagne et m'a fait savoir qu'elle se regardait comme complètement guérie.

M. Gillette se demande en terminant si cette guérison sera durable et si l'uréthrocèle ne se reproduira pas.

Obs. IV. (Lawson Tait) (1). — Mme B..., mère d'une nombreuse famille, souffrait depuis des années d'une tumeur saillante au niveau de la vulve, ayant environ le volume d'un œuf et extrêmement douloureuse. Elle rendait de grandes quantités de pus fétide de la vessie,

La tumeur avait l'aspect d'une cystocèle ordinaire, mais elle était tout à fait irréductible, très dure, et quand on la pressait un peu fort, une grande quantité de pus ammoniacal fétide s'échappait de l'orifice de l'urèthre. Le contact de ce pus était irritant pour les doigts.

La sonde introduite dans l'urèthre passait facilement dans la poche. Il était évident que ce n'était pas une cystocèle ordinaire, mais probablement un diverticule de l'urèthre, et la seule opération qui pût être utile était l'ablation.

La malade fut endormie avec l'éther, et la moitié inférieure de la poche fut enlevée d'un coup de ciseau. La cavité ainsi ouverte était tapissée par une membrane muqueuse, épaisse et rugueuse. L'orifice de communication avec l'urèthre était assez grand pour admettre une sonde nº 9 ou 10 (filière anglaise); il était situé sur la paroi inférieure de l'urèthre, vers sa partie moyenne. Toute la membrane qui tapissait la poche fut enlevée et la muqueuse du vagin fut réunie au niveau de la cavité par une suture profonde. La plaie se cicatrisa rapidement et la guérison est aujourd'hui complète.

---

(1) *The Lancet*, 30 octobre 1876, t. II, p. 625.

Lawson Tait n'a jamais rencontré de fait semblable et considère cette poche comme congénitale.

Obs. V. (Personnelle). — La nommée P. V..., âgée de 43 ans, est entrée dans mon service le 26 décembre 1879. Elle a eu quatre enfants: le premier accouchement s'est fait régulièrement; le second a été très pénible, et n'a pu être terminé, après dix-huit heures de travail, que par une application de forceps; le troisième accouchement, sans être aussi long, a néanmoins exigé la même intervention: enfin le quatrième a été provoqué au huitième mois et s'est accompli spontanément. Dans ces quatre couches, la malade n'a jamais présenté de troubles urinaires et n'a jamais été sondée.

A la suite de son second accouchement, il y a vingt ans la malade a remarqué en se levant, dans le lieu même où il existe aujourd'hui une tumeur, la présence d'une saillie, de la grosseur de l'extrémité du petit doigt, absolument indolente. Cette saillie ne subit aucun accroissement notable par le fait des deux derniers accouchements

Il y a sept ans, sans causes appréciables, la malade éprouva subitement une crise douloureuse analogue à celles qui depuis se sont reproduites par intervalles. Ces crises, qui se ressemblent toutes, se présentent avec les caractères suivants:

Le début en est brusque, souvent causé par un refroidissement, et survient au moment où la malade veut satisfaire au besoin d'uriner. Elle est prise alors de douleurs extrêmement vives au niveau de la tumeur, douleurs irradiant dans les reins et s'accompagnant d'efforts pour uriner qui aboutissent à l'émission d'une petite quantité d'urine qui s'échappe par intervalles.

En même temps la tumeur vulvaire augmente considérablement de volume, et devient très dure et très tendue.

Pendant la durée de la crise, la malade est agitée, pousse des cris, la face se congestionne et se couvre de sueur.

Enfin la crise se termine brusquement par l'émission d'une grande quantité d'urine. Celle-ci ne présente pas d'altération notable; elle est souvent chargée d'urates, mais elle ne renferme ni sang ni pus.

Chaque crise dure environ trois ou quatre heures, et, dès qu'elle est passée, la malade peut reprendre ses occupations.

Ces crises se reproduisent très irrégulièrement. La malade reste parfois deux ou trois mois sans en ressentir; d'autres fois, elles re-

viennent tous les deux jours. Jamais elles ne se sont montrées deux fois dans la même journée.

Enfin la tumeur vulvaire subit des modifications notables selon l'apparition plus ou moins fréquente des crises douloureuses. Dans leur intervalle, elle diminue de volume; aussi, lorsque les crises sont très éloignées, la tumeur disparaît presque complètement.

Nous examinons la malade huit jours après sa dernière crise, et nous constatons immédiatemant en arrière du méat, qui est légèrement refoulé en avant, la présence d'une tumeur du volume d'une noix, arrondie, rénitente, fluctuante, recouverte par la muqueuse vaginale saine, adhérente à sa partie profonde, irréductible par la pression, légèrement sensible au toucher. Une sonde de femme introduite par le méat parcourt toute la longueur de l'uréthre et pénètre dans la vessie sans rencontrer d'obstacle.

Avec un doigt introduit dans le vagin, on sent la sonde placée dans l'urèthre, excepté dans la moitié antérieure du canal, où la présence de la tumeur empêche de percevoir l'instrument.

Si, cependant, au lieu d'une sonde ordinaire, on se sert d'une sonde cannelée légèrement recourbée, et si l'on introduit cet instrument dans l'urèthre, la concavité regardant en bas, de manière à explorer minutieusement la paroi inférieure du canal avec le bec de l'instrument, on parvient non sans quelque difficulté à le faire pénétrer dans l'intérieur de la tumeur. Il suffit alors de comprimer celle-ci pour en vider le contenu dans l'uréthre, et l'on voit alors sortir par le méat une notable quantité de liquide composé d'urine et de muco-pus. A mesure que celui-ci s'écoule, la tumeur s'affaisse et disparaît presque complètement.

5 janvier. Nous assistons à une crise douloureuse; la dernière avait eu lieu quinze jours auparavant.

Les douleurs se sont montrées hier, vers trois heures, et ont duré jusqu'au soir.

Le 6. Les douleurs ont reparu et se sont accompagnées d'un frisson avec claquement de dents qui a persisté un quart d'heure.

La température est à 38°, le pouls à 96. La tumeur urineuse est tendue, augmentée de voleme.

Le 8. La fièvre ayant disparu, je me décide à intervenir par une opération destinée à ouvrir la tumeur urineuse et à obtenir son oblitération.

La malade étant chloroformée, j'incise avec le thermo-cautère la

tumeur sur la ligne médiane, et j'ouvre bientôt une cavité remplie d'un liquide qui présente les caractères de l'urine, et communiquant avec l'urèthre par un orifice qui admet une sonde cannelée. La plaie est pansée plusieurs fois par jour avec de la charpie imbibée d'eau phéniquée.

Le 27. L'eschare produite par le thermo-cautère est tombée ; la plaie est remplie de bourgeons charnus. Il est impossible de retrouver l'orifice de communication avec l'urèthre, et la malade affirme que l'urine ne s'écoule plus par la plaie. Cautérisation au nitrate d'argent.

La cicatrisation de la plaie marche lentement. Toute douleur a disparu. Enfin la malade quitte l'hôpital, le 2 mars, complètement guérie.

La miction s'opère normalement : une sonde ordinaire parcourt toute l'étendue de l'urèthre sans rencontrer le moindre obstacle.

Voici enfin une dernière observation due à G. Simon, et qui diffère à certains égards des précédentes, tout en méritant néanmoins d'en être rapprochée.

Obs. VI (G. Simon) (1). — Une femme de 44 ans, mère de onze enfants, perdait involontairement ses urines, depuis trois ans, lorsqu'elle faisait quelque mouvement violent.

Depuis trois ans, il y avait même une incontinence d'urine complète, même dans la position couchée.

A l'examen, on trouva à l'entrée du vagin une tumeur grosse omme un œuf, qui occupait toute la région de l'urèthre jusqu'au niveau de la vessie. L'exploration de l'urèthre avec le cathéter ou avec le petit doigt montrait que le canal avait seulement son calibre normal dans une étendue de 3 ou 4 millimètres, à partir du méat, et qu'au delà il existait une dilatation sacciforme qui s'étendait jusqu'à la vessie. Des varicosités nombreuses occupaient le septum uréthro-vaginal, et l'exploration de l'urèthre donna lieu à un écoulement de sang abondant.

G. Simon fit la section et la ligature de plusieurs de ces veines va-

(1) G. Simon. *Monattschrift für Geburts Heilkund.* Band XXIII, p. 245.

riqueuses, et cautérisa la plaie avec du chlorure de zinc. Cette opération fut suivie d'une guérison complète, et la malade fut délivrée de son incontinence. Cependant Simon pense qu'une récidive pourrait bien survenir.

D'après les faits dont on vient de lire la relation, on voit qu'il peut se développer sur le trajet de l'urèthre, chez la femme, une sorte de diverticule donnant accès à l'urine, et en tout comparable aux poches urineuses que l'on observe assez fréquemment chez l'homme.

Une dissection minutieuse permettrait seule de dire si, dans ces divers cas, la cavité anormale était constituée par une dilatation partielle de l'urèthre, comprenant sa paroi inférieure, ou s'il s'agissait d'une cavité accidentelle, creusée dans l'épaisseur des tissus périuréthraux et communiquant avec l'urèthre à travers une perte de substance de sa paroi inférieure.

Cependant, même en l'absence d'une démonstration anatomique, la lecture des observations précédentes autorise à admettre l'existence de ces deux variétés.

Dans le fait de G. Simon (obs. VI), il me paraît évident que la tumeur était formée par une dilatation pure et simple de l'urèthre, commençant à quelques millimètres du méat urinaire et se continuant jusque dans la vessie.

De même les deux cas de Foucher et de Gillette (obs. I et III) pourraient peut-être aussi se rapporter à une dilatation sacciforme de la portion moyenne de l'urèthre. Mais il n'en est certainement pas de même dans les observations de Priestley, de L. Tait et dans celle qui m'est personnelle.

La poche urineuse, située sur la paroi inférieure du canal, communiquait avec celui-ci par un orifice relativement étroit, au delà et en deçà duquel l'urèthre paraissait avoir conservé son calibre normal.

Quel est le mode de développement de ces dilatations sacciformes de l'urèthre et de ces poches urineuses chez la femme Peut-on admettre qu'il s'agisse là d'une disposition congénitale

comme le pense L. Tait? Cette opinion ne repose sur aucune donnée certaine et ne me paraît pas acceptable.

D'ailleurs si l'affection qui nous occupe était réellement congénitale, il est vraisemblable qu'elle se serait manifestée de bonne heure; or la malade la plus jeune, celle de Foucher, ne commença à ressentir les premiers symptômes que vers l'âge de 24 ou 25 ans.

Suivant Priestley, la poche urineuse qui existait chez sa malade (obs. II) serait consécutive à l'ouverture d'un kyste sébacé dans l'urèthre, après un accouchement; par suite de la pénétration de l'urine dans la cavité du kyste, l'ouverture de communication aurait persisté et la poche urineuse se serait ainsi constituée. Cette pathogénie ne me paraît rien moins que démontrée pour le fait auquel je viens de faire allusion, et qui présente l'analogie la plus complète avec l'observation de Lawson Tait et la mienne, dans lesquelles l'existence antérieure d'un kyste ne peut être soupçonnée.

L'opinion de Priestley, relativement au mode de formation de cette poche urineuse, lui a sans doute été suggérée par l'observation d'un fait assez curieux dans lequel un kyste sébacé s'est ouvert dans l'urèthre. Voici ce fait :

En février 1868, Priestley fut appelé auprès d'une malade approchant la ménopause, ayant eu deux enfants, se plaignant de grande douleur et sensibilité des organes génitaux, avec gêne et douleur de la miction.

Habituellement bien portante, elle dit avoir souffert dans ces dernières années d'une maladie des reins, sur laquelle elle fournit peu de renseignements. Elle a maigri mais n'a jamais eu d'œdème.

Les accidents locaux ont été en progressant. D'abord elle a remarqué que ses urines étaient troubles et déposaient beaucoup. Puis elle commença par éprouver un certain degré de rétention avec ténesme. Tout cela augmenta; au moment de la visite de Priestley elle souffrait au point de ne pouvoir dormir. Elle ne pouvait s'asseoir tant la douleur devenait grande. Elle avait des besoins fréquents d'uriner, mais elle ne pissait qu'avec

grand'peine et elle sentait qu'elle ne vidait pas complètement sa vessie. Son urine était trouble, alcaline, laissant déposer énormément. Le dépôt était formé de mucus, de leucocytes et de peu de globules rouges. L'urine qui surnageait était extrêmement albumineuse.

En la touchant Priestley reconnut que le vagin était chaud et ramolli. Une tumeur du volume d'un demi-œuf de poule siège à son entrée. Elle repose par une large base sur la paroi postérieure de l'urèthre. Sa consistance est fluctuante. Cependant elle est tendue et ne se modifie pas par la pression. Une sonde introduite au niveau de la tumeur dans l'urèthre est déviée; elle s'engage cependant avec peine et non sans douleur dans la vessie.

Priestley prescrivit le repos absolu, des fomentations chaudes, ce qui soulage un peu. Deux ou trois jours après, un grand soulagement survint subitement, à la suite de l'issue d'une urine mélangée d'une matière grasse qui s'est solidifiée par le froid. A la surface de cette urine surnagent des grains tout à fait analogues à de la cire jaune et dont la masse totale peut remplir une cuiller à soupe. Ce sont des particules graisseuses avec débris épidermiques, ressemblant au contenu des kystes sébacés, mais plus denses, plus résistants.

En touchant alors on constate que la tumeur a diminué de plus de moitié, elle est moins tendue. La matière sébacée continue à sortir en moindre proportion pendant deux ou trois jours. Les douleurs diminuent, l'état fébrile disparaît. Il reste un peu de sensibilité.

De temps en temps le kyste se remplit de nouveau et se vide par l'urèthre. La cystite persiste. Il y a plus de douleur quand la tumeur est remplie, du soulagement quand on la vide. Jamais on ne parvient à faire pénétrer la sonde dans la poche. Priestley croit que celle-ci a un orifice valvulaire tourné vers la vessie. En effet, en vidant la poche son contenu ne sort pas toujours par l'urèthre mais remonte dans la vessie; il ressort avec l'urine qui revient chargée de matières sébacées. La malade s'en va sans opération.

Il semble bien évident que, dans ce cas, un kyste développé au voisinage de l'urèthre, s'est vidé dans l'intérieur de ce canal, mais on remarquera que précisément l'urine n'a pas pénétré dans la cavité kystique. La chose assurément aurait pu se produire et le kyste se serait ainsi transformé en poche urineuse. Priestley n'hésite pas à admettre que, dans sa première observation (obs. II), il s'agissait aussi d'un kyste ouvert dans l'urèthre; mais la lecture attentive de cette observation est loin de faire partager cette assurance. Néanmoins, comme le dernier fait que je viens de rapporter montre que l'hypothèse émise par Priestley est jusqu'à un certain point admissible, on doit la conserver, mais seulement à titre exceptionnel, pour expliquer la formation de poches urineuses sur le trajet de l'urèthre; car elle ne saurait s'appliquer aux cas dans lesquels on a eu affaire à une dilatation vraie de l'urèthre.

Dans ces cas, comme dans la majorité de ceux où il s'agissait de véritables poches urineuses, je suis porté à penser que l'affection a été le résultat d'une lésion accidentelle de la paroi inférieure de l'urèthre, dans la production de laquelle la grossesse et surtout l'accouchement ont eu une large part. En effet, les six malades dont j'ai rapporté plus haut les observations ont eu un ou plusieurs enfants, et c'est après une de leurs couches que les symptômes de la maladie se sont montrés. Chez la malade de Priestley la tumeur a paru au huitième mois de la grossesse, mais on ignore quels étaient ses caractères. L'auteur pense qu'il s'agissait d'un kyste qui s'est ouvert dans l'urèthre au moment de l'accouchement, en sorte que la tumeur primitivement indépendante n'aurait donné accès à l'urine qu'après son ouverture dans le canal. Mais le fait est loin d'être aussi clair, et il est beaucoup plus vraisemblable que cette tumeur, constatée au huitième mois de la grossesse sur le trajet de l'urèthre, était simplement le résultat d'une lésion de structure de la paroi inférieure du canal, comme dans le cas de G. Simon (obs. VI) où l'auteur signale un développement variqueux considérable des veines du septum uréthro-vaginal.

J'expliquerais volontiers le mode d'action de l'accouchement,

dans la production de la lésion, en disant que la compression, le tiraillement de l'urèthre, lors du passage de la tête du fœtus, ont eu pour conséquence soit un affaiblissement, un relâchement de la paroi inférieure du canal, d'où résulte la dilatation simple, soit une éraillure ou une déchirure limitée de cette même paroi permettant la sortie d'une petite quantité d'urine, et donnant lieu à la formation d'une poche urineuse; ces lésions étant d'ailleurs favorisées par les modifications anatomiques et surtout le développement vasculaire dus à la grossesse.

Je ne m'étendrai pas sur la *symptomatologie* de l'affection qui se trouve suffisamment décrite dans les observations précédentes.

Je rappellerai seulement que les malades accusent parfois de la gêne, de la douleur dans la miction, le plus souvent une incontinence légère, après avoir uriné, lorsqu'elles restent longtemps debout, qu'elles font un effort ou pendant le coït; exceptionnellement même, comme dans le cas de G. Simon, il existe une incontinence d'urine complète. Enfin, chez la malade que j'ai observée, il se produisait de temps en temps des crises douloureuses, extrêmement pénibles, qui semblaient coïncider avec l'état de réplétion de la poche.

En examinant ces malades, on trouve sur la paroi antérieure du vagin et sur le trajet de l'urèthre, une tumeur plus ou moins volumineuse, hémisphérique, recouverte par la muqueuse vaginale, rénitente, fluctuante, susceptible de diminuer ou même de disparaître par la compression. Cette manœuvre fait sortir par l'urèthre une quantité variable d'urine mélangée de pus.

Le cathétérisme montre que cette poche est en communication avec l'urèthre, tantôt se continuant avec lui sans ligne de démarcation et constituant une véritable dilatation du canal, tantôt au contraire formant une cavité plus isolée, ne communiquant avec le canal qu'au moyen d'un orifice plus ou moins étroit, dans lequel on ne parvient pas toujours du premier coup à insinuer une sonde.

Grâce à ces divers symptômes, il sera généralement facile de reconnaître la véritable nature de l'affection et de la distinguer

d'une cystocèle vaginale, qui *a priori* présente avec elle une certaine analogie. Le siège de la tumeur qui, dans un cas répond à l'urèthre, et dans l'autre est placée plus en arrière; la possibilité de vider le contenu de la tumeur dans l'urèthre, lorsqu'il s'agit d'une poche urineuse ou d'une simple dilatation sacciforme du canal, symptôme qui manque dans la cystocèle, laquelle est simplement réductible par la pression et se reproduit au moindre effort; enfin les renseignements fournis par le cathétérisme préviendront toute erreur de la part du chirurgien.

Il sera plus aisé encore d'établir le diagnostic différentiel avec un simple kyste de la paroi antérieure du vagin, en raison de l'indépendance de celui-ci et de l'absence de communication avec l'urèthre.

Relativement au *traitement* à opposer à cette affection, je pense qu'une opération est seule capable de procurer la guérison, et nous voyons par les observations publiées que l'intervention chirurgicale a déjà été plusieurs fois suivie de succès.

Je ne pense pas devoir conseiller l'opération exécutée par Gillette (obs. III) et qui consistait à exciser un lambeau triangulaire, à base antérieure, de la muqueuse vaginale, en *ménageant l'urèthre*, et à réunir les deux lèvres de cette solution de continuité. Qu'il s'agisse, en effet, d'une simple dilatation de la paroi inférieure de l'urèthre ou d'une poche urineuse, cette opération ne pouvait avoir d'autre effet que d'offrir une sorte de soutien à la portion dilatée du canal ou à son diverticule, et quoique le résultat primitif ait été satisfaisant, je partage les craintes de M. Gillette relativement à une récidive possible.

Il serait beaucoup plus rationnel, selon moi, d'agir directement sur la paroi même de la poche, pour la faire disparaître. On pourrait peut-être se comporter un peu différemment suivant que, avant ou après l'incision de la poche, on aurait reconnu qu'il s'agit d'une dilatation vraie de l'urèthre, ou d'une poche urineuse.

Dans le premier cas l'opération pratiquée par Foucher (obs. I) me paraît parfaitement convenable. Ce chirurgien, en effet, ou-

vrit la tumeur, réséqua de chaque côté un lambeau de la paroi uréthrale, et réunit les bords de la solution de continuité par quelques points de suture. Une opération à peu près analogue réussit à L. Tait (obs. IV).

Dans le fait qui m'est personnel, l'opération a été plus simple encore, et je suis tenté de croire qu'elle conviendrait également dans tous les cas où la tumeur est formée par une poche urineuse. Je me suis borné à inciser largement la poche avec le thermo-cautère et à favoriser le bourgeonnement et la cicatrisation de la cavité par des cautérisations répétées de temps à autre. Le résultat que j'attendais a été obtenu; l'orifice de communication s'est fermé spontanément, sans même que la sonde à demeure ait été employée.

REVUE CLINIQUE.

MATERNITÉ DE PARIS.— SERVICE DE M. LE Dr TARNIER

(SALLE DE GYNÉCOLOGIE).

DECHIRURE DU COL DE L'UTERUS PENDANT L'ACCOUCHEMENT. — MÉTRITE CONSECUTIVE DURANT DEPUIS DEUX ANS. — OPÉRATION D'EMMET.

Observation recueillie par **M. Paul Bar**, interne du service.

La nommée Grimberghs, âgée de 21 ans, frangeuse, entre à la Maternité, service de M. Tarnier, salle de gynécologie, le 16 août 1880,

D'une bonne santé habituelle, elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans, et depuis cette époque les règles ont été très-régulières.

Il y a deux ans après une grossesse normale, elle est accouchée naturellement et *rapidement*.

Depuis cette époque elle n'a pas cessé de souffrir dans l'abdomen, accusant pendant la marche de vives douleurs dans la région des reins, douleurs qui s'accentuaient surtout au moment des périodes menstruelles pendant lesquelles la malade était obligée de garder le repos au lit.

Examen pratiqué le 17 *août* 1880.

Le toucher vaginal permet de reconnaître que sur le côté gauche du museau de tanche, il existe une déchirure profonde qui s'étend de l'orifice externe au cul-de-sac latéral gauche du vagin. Quand on applique le spéculum de Cusco, les deux lèvres du museau de tanche s'écartent largement et laissent voir, sur une grande étendue la muqueuse intra cervicale qui présente une large ulcération d'apparence granuleuse.

Si on laisse les valves de l'instrument se rapprocher, les deux lèvres du museau de tanche finissent par s'appliquer l'une contre l'autre; mais pour obtenir ce resultat, il faut que la pression soit assez forte, car abandonnées à elles-mêmes ces lèvres tendent aussitôt à s'écarter en produisant une sorte d'ectropion.

A dater du 17 août jusqu'au jour de l'opération on fait dans le vagin, deux fois par jour, des injections d'eau à une température de 40° centigrades. Les premières sont assez pénibles mais bientôt la malade les supporte sans douleur.

24 août. M. Tarnier pratique l'opération d'Emmet.

1er *temps*. La malade est couchée dans le décubitus latéral, droit, la déchirure se trouve ainsi dirigée directement en haut.

La paroi postérieure du vagin est écartée par le spéculum de Sims et le col de l'utérus abaissé à l'aide d'une pince de Museux.

Pour aviver les lèvres de la déchirure, M. Tarnier se sert d'un bistouri muni d'un long manche et construit de telle sorte que la lame, longue de 1 centimètre 1/2 et large de 1/2 cent. à sa

base, est tranchante par ses deux bords et fait sur le plat un angle droit avec le manche.

A l'aide de cet instrument, M. Tarnier transfixe le museau de tanche au niveau de l'angle supérieur de la déchirure. Ensuite la lèvre antérieure du col est avivée par un coup de ciseaux jusqu'au pont créé par le transfixion dont nous venons de parler. L'avivement de la lèvre postérieure fut plus difficile parce qu'elle était indurée par du tissu cicatriciel, et il fallut se servir tantôt du bistouri droit, tantôt des ciseaux. La perte de sang a été très minime.

2e *temps*. L'avivement étant complet M. Tarnier place 4 fils d'argent.

Le 24 août au soir, T. 36,8. La malade n'éprouve aucune douleur dans le ventre.

Le 25 au matin, quelques gouttes de sang s'écoulent par le vagin; du reste pas de douleurs. Etat général excellent. Température 37°.

Chaque jour injection vaginale d'eau phéniquée au quarantième. — Compresses d'eau phéniquée sur la vulve.

Le 26-27 Rien de particulier.

Le 28 La malade a ses règles qui surviennent en avance sur la date supposée et qui durent jusqu'au 1er septembre. Contrairement à ce qui se passait auparavant, la malade n'éprouve pas la moindre douleur.

Le 2 septembre les 4 fils sont retirés. La réunion est parfaite et ne manque que tout à fait en bas sur une étendue de 2 millimètres environ, confinant au bord gauche de l'orifice externe du col. Ce dernier a sa conformation normale et la muqueuse ne fait plus saillie entre les lèvres du museau de tanche qui sont maintenant rapprochées.

Le 5 la malade sort de l'hôpital.

L'opérée ne ressent plus ni douleur ni pesanteur à la région hypogastrique. Tout fait espérer que le guérison est acquise

parce que depuis l'opération, la malade n'a pas éprouvé la moindre douleur, même pendant ses règles, alors que les fils étaient encore en place.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

SESSION DE REIMS 1880 : SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

M. Courty (de Montpellier) fait une première communication **sur un pessaire contre la rétroflexion de l'utérus.** M. Courty a apporté un perfectionnement important au pessaire métallique, levier, à anneau cervical dont les avantages sont depuis longtemps connus des gynécologistes. M. Courty avait d'abord essayé d'incurver le bord postérieur de l'instrument de manière à en faire porter la pression sur la face postérieure du col utérin et non sur le cul-de-sac postérieur. Cette modification ne fut pas suffisante : le col franchissait le rebord du pessaire et passait en avant de lui en reproduisant la rétroflexion. M. Courty a alors imaginé un instrument d'un nouveau modèle qui paraît jusqu'ici répondre à toutes les indications. Ce pessaire est recourbé à son extrémité postérieure de manière que celle-ci présente sa concavité en arrière, qui embrasse solidement le col utérin.

M. Courty conseille en outre le décubitus abdominal comme facilitant beaucoup la réduction de l'utérus rétrofléchi. Il fait remarquer à ce propos, qu'il arrive néanmoins fréquemment de voir la position vicieuse de l'utérus persister malgré la situation prise par la malade. Il suffit dans ce cas d'introduire dans la cavité vaginale un petit spéculum de Fergusson ou seulement le doigt, la femme étant dans la position génu-pectorale pour que, l'action de l'air se produisant, l'action de la pression atmosphérique, exercée au niveau du cul-de-sac postérieur faisant équilibre à celle qui s'exerce sur la paroi abdominale, suffise à mobiliser le corps utérin qui retombe en avant avec la masse intestinale. Telle est au moins, d'après M. Courty, l'explication la plus simple du phénomène qu'on peut observer couramment chez la plupart des malades.

M. Courty lit un second travail sur le **traitement résolutif des fibro-myomes utérins**. Après quelques considérations générales sur cette affection, l'auteur indique son mode de traitement qui se compose d'un ensemble de moyens ayant tous une action spéciale et convergente par l'association de toutes ces actions réunies vers une action générale puissamment résolutive. L'ensemble de ces moyens, par lesquels il propose de suppléer aux opérations graves qu'on a dirigées contre les fibro-myomes (hystérectomie, etc.), est de deux sortes : 1° *Moyens généraux*, régime, laxatifs, purgatifs, iodure et bromure de potassium; badigeonnages à la teinture d'iode; eaux alcalines en boissons en bains et en injections, hydrothérapie; tonique : quinquina, fer et perchlorure de fer, etc.; — 2° *Moyens spéciaux*, *a*) Injections d'eau chaude phéniquée (25/1000) à une température aussi élevée que la malade peut la supporter (45°). Ces injections vaginales sont à la fois hémostatiques et décongestives, *b*). Ergotine d'Yvon (ergotine d'Yvon 1 gr., glycérine 7 gr., eau distillé 7 gr.). Prendre 1 gr. de cette solution par jour, soit à l'intérieur dans l'eau sucrée, soit en injections hypodermiques. *c*). Application de courants continus traversant l'utérus du col à la région du fibrome pendant environ dix minutes. M. Courty a remarqué que ce courant est beaucoup plus actif et hémostatique, quand il est rendu intermittent, par exemple au moyen d'un métronome.

M. Verneuil dit que ce traitement peut certainement réussir, mais seulement dans le tiers ou la moitié des cas. Il est surtout d'une efficacité remarquable lorsqu'il s'agit de fibromes à la période congestive. On arrive alors à conjurer les hémorrhagies et même à entraver la marche de la tumeur. Mais il est loin d'en être de même dans les vieux fibromes durs qui sont absolument rebelles. M. Verneuil ajoute que M. Courty a omis sans doute involontairement de citer, parmi ses hémostatiques utérins, la morphine. L'ovaire qui, dans les fibromes de l'utérus, suit la tumeur dans ses déplacements et peut occuper presque tous les points de l'abdomen, est quelquefois douloureux. Ces injections hypodermiques de morphine, faites dans le point correspondant au maximum de la douleur, calment celle-ci en même temps qu'elles arrêtent l'hémorrhagie. — Quant à la chaleur considérée comme moyen hémostatique, Malgaigne l'avait signalée il y a déjà longtemps. — M. Verneuil a pu arrêter des pertes énormes en plongeant des malades dans des bains aussi chauds que possible.

M. Courty dit que, dans les cas mêmes où le traitement ne réussit pas complètement, il amène toujours du soulagement et qu'il n'y a pas de malade chez laquelle on n'arrive à diminuer les hémorrhagies. Mais il est certain que la guérison complète du fibrome est en effet purement impossible.

M. Millard demande à M. Courty quelle est son opinion sur l'action thérapeutique des eaux minérales de Salins, Saint-Nectaire, etc., sur les fibromes utérins.

M. Courty répond que les eaux alcalines donnent de bons résultats, mais que l'on a considérablement exagéré leur efficacité.

M. Denucé (de Bordeaux) demande que l'on fasse dans le traitement des fibromes une plus large part à l'ergotine qui lui a presque toujours réussi dans les cas d'hémorrhagie.

M. F. Franck présente, au nom de M. Gairal père (de Carignan), un **anneau diadème** pour combattre les **prolapsus utérins et vaginaux**. C'est un anneau à charnière, dont la charnière antérieure, légèrement courbée en avant pour pouvoir conserver plus facilement ses rapports avec le pubis et le vagin est plus élevée que la postérieure et que tout le corps de l'anneau, afin que le vagin, se réfléchissant plus haut, maintienne l'utérus plus élevé. La charnière postérieure, plus haute aussi que le corps de l'anneau, mais moins que l'antérieure, est droite; elle se loge dans le cul-de-sac postérieur, pour, d'une part, contribuer à s'opposer à l'abaissement de l'anneau en avant, et d'autre part, faire que la réflexion du vagin s'opère plus haut que si elle avait lieu seulement sur le corps de l'anneau; en outre, le vagin, en se réfléchissant dans le champ de cet anneau, y forme une tente qui supporte l'utérus en tenant son col à l'abri de tout frottement.

M. Dumontpallier reconnaît que M. Gairal père a le premier imaginé les pessaires élastiques, il croit devoir cependant rappeler que autrefois Hodge a fait un pessaire métallique rigide dont les extrémités antérieures s'appuyaient sur les branches descendantes du pubis. Marion Sims a démontré les inconvénients de ces appareils, qui ont perforé le vagin et le rectum. Metz a fait un anneau métallique à un seul tour de spire métallique, recouvert de caoutchouc. Sims a

fait plus tard un anneau rigide, comme celui de son maître Hodge, mais ovalaire, pour mieux s'adapter à la forme du vagin. Lorsque Gairal a fait son anneau, M. Dumontpallier a cherché à conserver à cet anneau ses avantages et à en faire disparaître les inconvénients. Il pense avoir réalisé ces désidérata avec son anneau à spires multiples, formé d'un ressort de montre très souple recouvert d'une couche plus ou moins épaisse de caoutchouc.

M. de Sinéty envoie une note sur les **ulcérations du col de l'utérus dans les métrites chroniques.** Jusqu'à présent on avait considéré ces lésions d'apparence ulcéreuse comme constituant toute la maladie dont elles ne sont, ainsi qu'on le reconnaît aujourd'hui, qu'une des nombreuses manifestations. L'examen histologique d'un certain nombre de cols utérins enlevés sur la femme vivante a permis à l'auteur de se convaincre que c'était au-dessous des couches épithéliales, encore normales, que l'altération commençait par une infiltration d'éléments embryonnaires, fait anatomique qui a déjà été signalé dans l'inflammation des autres muqueuses. On s'explique ainsi pourquoi ces *pseudo-ulcérations* de la portion vaginale du col utérin, qui accompagnent la métrite, se trouvent souvent si mal du traitement par les caustiques légers, tels que le crayon de nitrate d'argent, tandis qu'elles guérissent, et avec elles l'affection dont elles sont un symptôme, sans aucun agent topique et sous l'influence des saignées locales et principalement des scarifications. La cause d'erreur résidait dans ce fait que, jusqu'à présent, les histologistes n'avaient eu à leur disposition que des pièces recueillies à l'autopsie.

M. Verneuil, au nom de M. Terrillon, communique une note sur les **fistules ano-vulvaires ou périnéales** consécutives aux abcès de la glande vulvo-vaginale. A la suite de phénomènes inflammatoires localisés, soit au niveau de la glande vulvo-vaginale elle-même, c'est-à-dire vers la partie postérieure de la grande lèvre, soit un peu au-dessous, vers l'extrémité inférieure de cette dernière, on voit survenir une fistule qui communique avec l'extrémité inférieure du rectum ou la partie supérieure de l'anus, mais dont l'orifice extérieur est situé, dans le premier cas, au niveau ou dans le voisinage de l'orifice de la glande de Bartholin, dans le second cas vers l'extrémité inférieure de la grande lèvre, plus ou moins près de la ligne médiane. Cette fistule peut s'établir d'emblée ou par poussées successives ; comme les fistules à trajet

long et anfractueux, il peut y avoir plusieurs orifices extérieurs. Il peut y avoir aussi des variétés considérables dans la longueur du trajet, la profondeur de l'orifice anal et l'épaisseur des tissus qui séparent ce trajet de la peau. Après avoir exposé les différentes variétés de ces fistules, l'auteur arrive aux méthodes de traitement de ces fistules, qui constituent une véritable infirmité. Les injections irritantes ont été essayées dans plusieurs cas, mais elles paraissent avoir échoué. On a essayé alors le débridement large, de façon à transformer le trajet fistuleux en une plaie ouverte, et cela au moyen du bistouri. M. Terrillon, dans ces cas, préconise l'emploi du thermocautère, qui a l'immense avantage de produire une plaie exangue, et de cautériser le fond des trajets fistuleux, ordinairement garnis de bourgeons fongueux. Lorsque la fistule est très petite et courte, on pourrait employer la ligature élastique, laquelle serait cependant contre-indiquée dans le cas où l'on aurait une trop grande quantité de peau à couper. Enfin il pourrait se présenter que l'incision occupant toute la hauteur du périnée produisît un effet analogue à celui de la déchirure complète de la cloison. Dans ce cas, on serait autorisé à pratiquer immédiatement après un avivement soigneusement fait une périnéorrhraphie méthodique.

M. Denucé dit que, lorsqu'il était interne de Chassaignac à l'hôpital de Lourcine, il a également observé des fistules ano-vulvaires consécutives à l'inflammation de la glande vulvo-vaginale. M. Chassaignac en montra, dès cette époque même, un cas à M. Huguier qui était médecin du même hôpital.

M. Tison expose quelques considérations pratiques à propos d'un cas d'hydramnios.

L'hydramnios est une question qui offre beaucoup de désidérata. Dans le cas actuel particulier, par ce premier fait que trois jours avant l'accouchement, il a été pris pour un kyste multiloculaire par un chirurgien très distingué, le ventre avait des proportions plus considérables que dans les deux grossesses antérieures. L'accouchement, qui s'est terminé normalement, a présenté certaines particularités : grande lenteur du travail après une marche d'abord rapide; poche des eaux très résistante, qu'il a fallu percer avec une longue aiguille en bois ; écoulement de 6 litres de liquide amniotique ; impossibilité de faire le diagnostic de la présentation et de la position

à cause de la malformation de la tête fœtale. Le fœtus, qu'on n'a pas pu faire respirer, présentait une ossification très imparfaite des os du crâne, un raccourcissement très considérable des premiers segments des quatre membres (bras, avant-bras, cuisse, jambe), avec une mobilité extraordinaire de toutes ces articulations.

M. Parrot dit qu'il a observé un certain nombre d'altérations analogues des os chez le fœtus. Il ne s'agit certainement pas là de rachitisme, mais bien d'un arrêt de développement des os, ayant son origine dans une lésion du cartilage qui est absolument stérile (*achondroplasie*). — Les fœtus qui présentent ces altérations du squelette sont généralement atteints d'hydrocéphalie, ce qui paraît être le cas du sujet de M. Tison ; quelques-uns de ces fœtus survivent, bien que ce soit rare ; c'est ainsi que Broca a présenté à la Société d'anthropologie un homme de 42 ans qui était dans ce cas. Il serait très intéressant de savoir si cette monstruosité coïncide quelquefois avec l'hydramnios et à ce point de vue l'observation de M. Tison est importante à conserver.

M. Tison ajoute, comme complément de la description de son fœtus, que le corps paraissait bien conformé dans son ensemble, mais que la peau semblait trop grande pour le corps. Au niveau des membres principalement, elle formait une série de plis qu'on pouvait facilement écarter en faisant glisser le tégument. Il existait également une quantité de dépressions plus ou moins profondes en forme d'infundibula, mais, dans ces points même, il n'existait aucune adhérence.

(Compte-rendu extrait du *Progrès médical*, nos 34 et 35, 1880).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De la puerpéralité, par M. Raymond (1). — Ce sujet était très-diffi-

(1) Thèse d'agrégation, Paris, 1880. — L'analyse que nous publions est extraite d'un volume publié par le Dr Grellety (de Vichy) et qui va paraître chez M. O. Doin, place de l'Odéon. — Il contiendra l'analyse et la critique des 17 thèses d'agrégation soutenues au mois de mars.

cile; il n'avait été traité jusqu'à ce jour que par des spécialistes; il fallait l'envisager cette fois au point de vue de la pathologie générale: c'est ce qu'a fait M. Raymond, et, je n'étonnerai personne, en disant qu'il s'en est très-bien tiré. Il étudie la puerpéralité dans ses deux étapes principales, la grossesse et les suites de couches, tout en reconnaissant que c'est presque faire une confusion de mots, que de donner le même qualificatif à deux choses aussi distinctes.

Les premières pages sont consacrées à la physiologie: elles sont peut-être écrites avec trop de prudence et de réserve. On sent que l'auteur se tient sur la défensive et veut éviter de se rattacher à aucune théorie. Une hypothèse vaut mieux cependant que rien du tout, et, dans des questions aussi délicates, il faut savoir s'en contenter, en attendant la pleine lumière.

M. Raymond s'est laissé encombrer par les documents que lui ont fournis les accoucheurs, et il s'appesantit *relativement* sur la description du vagin, de la vulve, des organes spéciaux de la femme grosse. Il écourte en revanche l'étude du sang (p. 27); quatre lignes seulement sont consacrées à l'hémoglobine et l'importance de la leucocytose ne ressort pas assez. L'état congestif, qui est sans doute le fait dominant, est seul mis en lumière.

Un peu plus de chiffres par ci, un peu plus de déductions par là, auraient été certainement préférables.

Les documents sont rares, j'en conviens; le cas de M. Quinquaud est peut-être unique au point de vue de l'analyse spectrale du sang et les traités de chimie sont en contradiction ou ne donnent que des renseignements incomplets, mais enfin, M. Raymond étant médecin et non accoucheur, il est naturel de trouver qu'il parle trop des lochies, du frisson, etc., et pas assez des leucocytes qui se modifient en quelques heures, en quelques jours, après l'accouchement; pas assez de la façon dont les cellules transformées reviennent à l'état normal; pas assez des accidents consécutifs à l'involution utérine.

On aurait voulu savoir aussi comment se produit la stéatose chez la femme grosse, et comment cette dégénérescence disparait ou s'arrête.

L'hypertrophie du ventricule gauche, dont il est parlé p. 30), rappelle celle du mal de Bright. On est autorisé à se demander s'il n'y a pas identité d'origine. Le rapprochement n'a pas été fait, parce que, dans les cas cités par M. Peter entr'autres, il n'y avait pas de

néphrite. Les phénomènes analogues constatés du côté droit sont tout à fait exceptionnels.

M. Raymond estime qu'on peut facilement distinguer les vomissements incoërcibles de la grossesse de ceux qui se rattachent à l'albuminurie et à l'urémie. Il paraît se rattacher (p. 31) aux idées de M. Guéniot, qui considère le sang veineux comme plus plastique que le sang artériel. On ne peut plus le soutenir et il est juste de renverser les termes de cette proposition.

Bien qu'il s'agisse de travaux nés d'hier et que de nouvelles observations soient nécessaires, on aurait voulu voir M. Raymond rappeler, à propos de la glycosurie, les recherches de MM. Bert et Schutzenberger. Pour eux, il y a tantôt de la glycosurie, tantôt de la lactosurie, avant ou après les couches. Lorsqu'on supprime le lait, on retrouverait de la lactose ; la glycose se montrerait au contraire, après la suppression de la glande mammaire. Ils en concluent que la lactose serait produite par la glycose du foie et que la glande mammaire présiderait à cette transformation.

M. Joffroy se place très-sagement entre les deux opinions extrêmes, qui prétendent, l'une, que la grossesse est l'état normal de la femme, l'autre, qu'elle est une maladie de neuf mois: « Ni la première, dit-il, ni la seconde de ces assertions ne sont vraies, et les faits contradictoires sur lesquels elles s'appuient nous paraissent conciliables. Ce qui domine chez la femme enceinte, c'ést la surabondance de vie, non pas de vie active, mais de vie passive. Il y a, qu'on nous passe l'expression, pléthore vitale avec faible dépense personnelle, le fœtus se chargeant de cette dépense, dont la mère fait les frais. La nature prodiguant toujours les matériaux quand elle crée, il peut y avoir excès; mais peu importe qu'il y ait excès ou non, que le fœtus consomme le tout ou seulement une partie, la circulation maternelle qui charrie les matériaux du centre à la périphérie, et de la périphérie au centre, sur tous les points de l'organisme, est continullement et profondément, tant que le fœtus se développe, différente de la circulation de la femme qui n'est pas enceinte. Il en résulte que toutes les parties du corps, tous les éléments anatomiques, sont baignés par un liquide modifié. Ces parties se modifient à leur tour; leur physiologie change jusqu'à un certain point. Voilà pourquoi on observe tant d'états différents, depuis l'état de santé exceptionnel jusqu'à l'état pathologique le mieux caractérisé.»

La fièvre de lait n'est pas admise par l'auteur, qui est trop de son

temps, pour considérer comme un état fébrile l'espèce d'excitation qui existe quelquefois chez la femme, au moment où s'établit cette nouvelle fonction.

Il faut, après l'accouchement, que, non seulement l'utérus se rétracte, mais qu'il se régénère. C'est à l'ensemble des phénomènes qui causent et accompagnent cette rétraction, cette dégénérescence et cette régénération, que M. Joffroy donne le nom d'involution utérine: « En moyenne, la perception de l'organe gestateur, par le palper, est devenue difficile vers le quinzième jour, à moins de vider avec soin la vessie, mais qu'importe? Est-ce que l'involution est terminée? En aucune façon. Elle ne sera terminée que le jour où l'épithélium de la muqueuse sera régénéré, c'est-à-dire au bout de deux ou trois mois. Jusque-là l'organe sera en subinvolution. Sans doute, il y a des exceptions, mais elles ne font que confirmer la règle, et, au point de vue clinique et pratique, au point de vue des précautions que le médecin doit faire prendre à l'accouchée, il vaut mieux que nous allions au-delà de la moyenne que de rester en deçà. » (p. 61).

Dans la pathologie, les chapitres se suivent sans se relier *suffisamment*. L'état puerpéral n'est pas le même au commencement et à la fin d'une gestation; il aurait été bon de montrer les différences qui existent à trois et à six mois, par exemple.

Ça été fait jusqu'à un certain point, pour l'albuminurie, pour le cœur; mais il aurait fallu généraliser davantage.

Bien qu'on n'ait publié que 4 ou 5 observations, M. Raymond ne dit presque rien de l'endocardite végétante, qu'il rattache à l'endocardite simple et ulcéreuse (v. p. 99).

Il n'a pas tenu compte non plus de cette théorie de microbes, reprise par M. Sée, qui partie de l'utérus iraient se fixer sur le cœur. Si ce ne sont que des produits de putréfaction, pourquoi ne pas l'indiquer!

Il m'a semblé que la déscription des éruptions scarlatiniformes de la grossesse ne se distinguait pas assez des scarlatines bénignes, sans angine, signalées par M. Hardy en 1869.

Comme ni Trousseau, ni Bouillaut, ni Beau, ne furent d'accord, lors de la discussion soulevée à l'Académie par MM. Charcot et Aran, à propos de l'influence du goître exophthalmique sur la grossesse, M. Raymond a pensé qu'il pouvait s'autoriser de cette incertitude pour se confiner dans le goître ordinaire.

En discutant au sujet des rapports de la variole et de la grossesse

(p. 120), un des argumentateurs, M. Arnozan, a rapporté un fait que je tiens à faire connaître; il s'agit d'une femme grosse, qui, à la suite d'un avortement consécutif à la variole, vit des hémorrhagies se produire dans ses pustules, en même temps que l'utérus était le siège des pertes abondantes.

De pareils faits sont rares et méritent d'être signalés.

J'en aurai fini avec ces légers *désidérata*, lorsque j'aurai dit que M. Raymond parle trop brièvement de l'influence fâcheuse de la grossesse sur la syphilis, la scrofule, et la consolidation des fractures; qu'il n'a pas indiqué ou du moins ne l'a fait qu'en germe (p. 204) l'explication fournie depuis peu de la fréquence des pleurésies purulentes, comme accidents puerpéraux. Elles seraient dues à des traînées de lymphangite purulente, qui traverseraient le diaphragme, pour arriver ensuite à la plèvre.

Le chapitre deuxième est consacré à la pathologie de la puerpéralité, aux maladies médicales dans leur rapport avec l'état de gravidité; aux maladies similaires des suites de couches; à l'influence de la grossesse et des suites de couches; à la pathologie des suites de conches; aux maladies médicales et infectieuses des suites de couches; enfin à la fièvre puerpérale.

On y trouve décrits les troubles fonctionnels de l'appareil digestif, les maladies du foie et des reins, l'éclampsie, les maladies du cœur, le rhumatisme puerpéral, les maladies des os; les troubles fonctionnels de l'appareil pulmonaire, la toux, la dyspnée, les hémoptysies: les maladies du corps thyroïde; celles du système nerveux (paralysies, hémiplégies, chorée); les maladies mentales (folie de la grossesse, des suites de couches et de la lactation), etc., etc.

Je termine ici ma nomenclature qui n'est qu'ébauchée, pour m'arrêter devant la pièce de résistance, la fièvre puerpérale. On lui a consacré 60 pages et celles-ci pourraient très-bien être détachées, pour former un mémoire à part. Cette importance exceptionnelle accordée aux états morbides, qui ont été englobés sous le nom de fièvre puerpérale, ne doit pas nous surprendre, car leur étude soulève les questions les plus hautes et les plus difficiles de la pathologie générale. Tout ou presque tout, on peut le dire, a été et est encore en discussion: nature de la maladie, mode d'origine, de propagation, d'évolution, etc.

Je me bornerai à donner un aperçu des idées soutenues par M. Raymond: quand on considère la variété des formes qu'affecte la fièvre

puerpérale, il est difficile d'admettre qu'elle reconnaît toujours pour cause un seul agent infectant, un seul organisme microscopique.

Il existe de sérieuses objections à l'introduction de cette théorie des germes, dans la pathologie des femmes en couches.

La théorie moderne de Playfair, qui attribue la fièvre puerpérale à l'absorption de matières septiques, à travers les solutions de continuité qui existent toujours, après l'accouchement, dans l'appareil de la génération, concorde assez bien en apparence tout au moins avec les faits observés en clinique; mais elle ne nous renseigne guère sur l'origine et la nature de la matière septique.

Il est infiniment probable que l'hétéro-infection est la règle et que le poison provient toujours du dehors. Les sources qui peuvent le fournir sont très-variées: c'est d'abord le poison cadavérique, généralement transporté par le médecin, qui l'inocule à la femme pendant les manœuvres qu'il est souvent obligé de faire pendant l'accouchement ou la délivrance. Dans l'état actuel de la science, nous ne pouvons dire s'il faut incriminer seulement le ferment de la putréfaction qui, dans ces cas, serait plus actif; ou s'il n'y aurait pas lieu d'admettre l'action d'un virus spécial, ou, comme le veut M. Pasteur, de germes ou de protoorganismes.

On a noté, depuis longtemps, qu'il y avait souvent coïncidence entre les épidémies d'érysipèle et celles de fièvre puerpérale. Il nous paraît certain qu'il y a une véritable similitude d'origine, de lésions, de nature, entre certains cas d'infection puerpérale et l'érysipèle; mais nous ne pensons pas qu'il soit permis de considérer ces deux termes comme synonymes(p. 193).

Devant le petit nombre et le peu de valeur des observations de variole et de rougeole, ayant joué un rôle appréciable dans la genèse de l'infection puerpérale, il serait hasardeux de formuler la moindre conclusion, bien que nous soyons très-disposé à admettre la négative (p. 194).

Les femmes sont exposées, pendant leurs suites de couches, à être atteintes par la scarlatine; chez elles, cette maladie évolue avec plus ou moins de gravité mais n'est jamais rendue méconnaissable par l'état puerpéral (p. 197).

Faute de matériaux suffisants, on ne peut se prononcer sur l'influence de la diphthérie, en pareil cas.

Quant au milieu ambiant, abstraction faite du milieu infectieux, produit le plus souvent par l'encombrement, il ne peut guère être

modifié que par les influences météréologiques. La mortalité est plus grande pendant le froid, soit parce que la femme résiste moins, soit parce que le poison agit d'une façon plus intense.

De tous les détails dans lesquels nous sommes entré, résulte pour nous cette conclusion: c'est que le lien qui unit entre elles les affections multiples, décrites sous le nom de fièvre puerpérale, c'est l'*infection.*

Le ou les principes contagieux semblent ne pas pouvoir affecter l'organisme sain, mais, simplement, le corps qui a une plaie apte à le ou les recevoir.

Les états morbides engendrés ont une certaine communauté d'origine avec les affections septicémiques des blessés.

La puissance nocive du milieu infectieux peut se traduire, chez le nouveau-né qui y vit, par des érysipèles, des ophthalmies, des péritonites, etc., affections ayant un certain rapport, une certaine analogie, au point de vue étiologique, avec les affections décrites sous le nom de fièvres puerpérales (p. 199).

L'intérêt qui s'attache au sujet me fera pardonner, je l'espère, la longueur de ces citations.

Au chapitre de la thérapeutique, on trouve des notions très-intéressantes sur la prophylaxie des suites de couches. La mortalité a diminué beaucoup avec les progrès de l'hygiène; c'est encourageant pour l'avenir et M. Raymond en a conclu que les états morbides créés par l'infection (ce sont de beaucoup les plus nombreux) peuvent et doivent disparaître.

« Nous ne pouvons, dit-il en terminant, entrer dans le détail des précautions, que l'entourage médical ou autre de la femme récemment accouchée doit prendre, cela nous entrainerait trop loin, nous dirons seulement que cette crainte de l'infection ne sera jamais poussée non pas trop loin mais assez loin, jusqu'au jour où, connaissant l'ennemi, nous pourrons directement le saisir et l'anéantir.

Dr Grellety (de Vichy).

De la métrite chronique dans ses rapports avec l'arrêt d'involution de l'utérus après l'accouchement et l'avortement, par le Dr Fauquez, médecin adjoint de Saint-Lazare. Paris, Delahaye. In-8. — L'auteur a recherché avec soin dans quelles circonstances se pro-

duisaient habituellement ces cas de métrite chronique qu'on observe si souvent chez des femmes dont l'utérus présentait une notable augmentation de volume et un agrandissement considérable de sa cavité Il a remarqué que ces lésions s'observaient particulièrement chez des femmes qui avaient négligé de prendre les précautions les plus élémentaires après l'accouchement et la fausse couche, qui, trop tôt après la délivrance, avaient quitté leur lit pour reprendre des travaux pénibles, et s'étaient livrées prématurément aux rapports conjugaux.

Le travail de M. Fauquez a donc pour but de rechercher la relation qui existe entre la métrite chronique et l'accouchement.

Après avoir étudié avec soin l'histologie normale de l'utérus, les modifications que subit l'organe pendant la grossesse et après l'accouchement, les causes de la métrite chronique dans ses rapports avec l'arrêt d'involution, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La métrite chronique est beaucoup plus fréquente à la suite de la fausse couche ou de l'accouchement qu'à toute autre époque de la vie d'activité sexuelle.

2° Ce n'est pas le travail de la fausse couche ou de l'accouchement qui seul suffit à expliquer l'établissement de l'état morbide d'où résulte la métrite chronique.

3° Sous l'influence de causes énumérées dans ce travail, l'involution utérine s'arrête dans son évolution, agit alors comme cause irritative et favorise le développement des conditions qui produisent la métrite chronique.

4° C'est ainsi que s'explique l'augmentation de volume, l'agrandissement souvent considérable que présente l'utérus dès le début de l'envahissement de la métrite chronique.

5° L'involution utérine, arrêtée dans son évolution, ne conduit pas fatalement à la métrite chronique, car cette affection ne se développe que dans les organismes atteints d'affection constitutionnelle ou de diathèses.

6° Dans le cas où l'organisme est indemne de maladie générale, l'engorgement, le renversement, l'abaissement, la flexion ou la combinaison de ces différents états sont le résultat de l'arrêt d'involution.

7° Les causes de la métrite chronique consécutive à l'arrêt d'involution sont donc spéciales à l'individu ; elles sont représentées par l'état diathésique.

8° Pour empêcher le développement de la métrite consécutive à la

fausse couche ou à l'accouchement, il suffit de favoriser l'involution utérine en laissant, pendant le temps que met normalement l'utérus à revenir sur lui-même (70 à 80 jours), l'appareil utéro-ovarien dans le calme le plus complet.

9° Cette régression peut être favorisée par de nombreux moyens thérapeutiques, au nombre desquels les décongestionnants, l'hydrothérapie, les révulsifs sur la région lombaire jouent le principal rôle.

Enfin, dans ce même but, il importe de préciser qu'abandonner une femme qui vient de faire une fausse couche ou un accouchement, se fiant à la bonne nature pour ramener l'appareil utéro-ovarien dans l'ordre normal, est une erreur grave contre laquelle on ne saurait trop réagir.

A l'appui de la thèse qu'il soutient, M. Fauquez rapporte vingt-cinq observations très complètes.

Nous ne pouvons que féliciter notre confrère d'avoir choisi pour sa thèse inaugurale un sujet aussi intéressant et qui, malgré les nombreux travaux dont il a été l'objet jusqu'à ce jour, est resté entouré d'une certaine obscurité. On peut dire que l'excellente monographie de M. Fauquez, sans résoudre complètement la question de la métrite chronique dans ses rapports avec la parturition, est un de ceux qui ont jeté le plus de lumière sur la question. A. Lutaud.

Recherches sur la mortalité des femmes en couches dans les hôpitaux, par le Dr de Beurmann, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8°, Paris, J.-B. Baillère. — L'auteur a eu l'ingénieuse idée de réunir les statistiques hospitalières de l'hôpital Lariboisière de 1854 à 1878 et de l'hôpital Cochin de 1873 à 1877. Les résultats qu'il a obtenus quoique très intéressants nous montrent cependant que nous ne devons qu'avoir une confiance très limitée dans les statistiques hospitalières. On en jugera par les conclusions que l'auteur a déduites de son travail :

1° Les statistiques produites par l'administration de l'Assistance publique étant défectueuses, il n'existe actuellement aucun moyen de comparer avec certitude la mortalité des femmes en couches;

Dans les hôpitaux;

Chez les sages-femmes où elles sont envoyées par les hôpitaux;

Chez les sages-femmes des bureaux de bienfaisance;
Dans la clientèle de la ville.

2° Le chiffre de la mortalité dans les hôpitaux est et sera toujours surélevé par un certain nombre de causes indépendantes de l'influence nosocomiale, ce sont:

Les mauvaises conditions matérielles et morales dans lesquelles se trouvent placées les femmes qui viennent y accoucher;

L'accumulation de tous les cas où, soit des accidents, soit des complications surviennent avant ou pendant l'accouchement;

3° Pour connaître la mortalité que l'on peut réellement attribuer à l'influence propre de l'hôpital, il est nécessaire de ne compter que les décès par accouchements simples;

4° La mortalité par accouchements simples dans les hôpitaux et les maternités peut être abaissée à peu près au même taux que celle de la ville. Les résultats obtenus par M. Siredey à l'hôpital Lariboisière et par M. Polaillon à la maternité de Cochin, en donnant une preuve évidente;

5° Il est probable qu'elle s'abaisserait encore, si des précautions hygiéniques plus complètes étaient prises;

6° De petites maternités isolées, comme celles de l'hôpital Cochin, seraient certainement meilleures que les services d'accouchements actuels des hôpitaux généraux, mais jusqu'à ce qu'on puisse supprimer ceux-ci, il est urgent d'y introduire les perfectionnements dont nos recherches démontrent l'utilité.

Il y a tout lieu d'espérer que cet état défectueux que signale avec tant de raison M. de Beurmann ne tardera pas à être amélioré et que la réforme statistique introduite récemment dans les services de la Ville de Paris par M. Bertillon, s'appliquera également aux services hospitaliers. A. L.

Contribution à l'étude de la folie puerpérale, par le Dr GARCIA RIJO, ancien externe des hôpitaux. In-8° de 84 p., Paris 1879. — L'auteur a étudié avec le plus grand soin les modifications intellectuelles qui surviennent chez la femme pendant la grossesse et après l'accouchement, après avoir recueilli et analysé un grand nombre d'ob-

servations recueillies pour la plupart dans le service de M. le Dr Magnan, il résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° Le folie puerpérale reconnaît pour cause l'hérédité, l'état puerpéral n'agissant que comme condition déterminante ;

2° La folie puerpérale en dehors de l'hérédité peut se développer sous l'influence des causes débilitantes prolongées, soit d'ordre moral, soit d'ordre physique (abandon, chagrin, misère, excès de travail). Elle peut être aussi la conséquence d'un accident de la grossesse ou de l'accouchement (avortement, éclampsie, hémorrhagie) ;

3° Le délire de la folie puerpérale n'offre pas de caractère spécial, l'état maniaque et l'état mélancolique ressemblent à la manie et à la mélancolie ordinaires ; toutefois on peut observer des troubles hallucinatoires de nature pénible analogues à ceux de l'alcoolisme ;

4° Dans quelques cas de folie puerpérale, il est survenu de l'inégalité pupillaire avec ou sans idées ambitieuses. N'y aurait-il pas lieu d'établir une relation entre ces phénomènes congestifs accessoires développés dans le cours de la paralysie générale ;

5° Le pronostic de la folie puerpérale emprunte son caractère de gravité aux conditions héréditaires, non seulement au point de vue de la durée plus longue de l'accès, quelquefois de sa tendance à la chronicité, mais aussi au point de vue de rechutes ;

6° Le traitement, sauf des cas exceptionnels, doit être essentiellement tonique.

Le travail très complet et très instructif, de M. le Dr Rijo est appuyé sur 51 observations recueillies dans plusieurs services, et analysées avec le plus grand soin.

A. Lutaud.

De l'action utérine des eaux de Saint-Sauveur, par le Dr Caulet, ancien interne des hôpitaux, médecin inspecteur des eaux de Saint-Sauveur. — Après avoir rapporté un grand nombre de faits démontrant l'action élective et pathogénique que les eaux de Saint-Sauveur exercent sur l'utérus, action qui peut aller jusqu'à provoquer l'avortem ent l'auteur résume ainsi les propriétés spéciales de cette source.

Outre l'action thermale commune, on pourrait presque dire *banale*

médication tonique, reconstituante et légèrement perturbatrice qu'on rencontre près des diverses sources minérales, indépendamment des vertus sédatives dues à l'onctuosité de l'eau et des propriétés médicamenteuses générales, ressortissant de sa qualité de sulfureuse, la cure de Saint-Sauveur exerce sur l'appareil utéro-ovarien une action spéciale, organique, élective, action excitante à l'état normal et secondairement fluxionnante, qui justifie les épithètes d'*utérine imprégnadère*, par lesquelles Bordeu cherchait à la caractériser.

Pour compléter ce travail, il faudrait établir quelle part revient à cette action locale pathogénétique de la cure dans les effets thérapeutiques qui ont traditionnellement spécialisé la station avec les maladies des femmes. On comprend qu'une pareille recherche entraînerait trop loin; elle trouvera d'ailleurs plus naturellement sa place dans une étude des applications médicales des eaux de Saint-Sauveur au traitement des affections de matrice, étude que l'auteur se propose de publier prochainement.

Nous ne pouvons que féliciter M. Caulet d'avoir eu l'idée de chercher, en publiant, en analysant des faits précis, à élucider un des problèmes les plus importants de la pathologie utérine.

A. Lutaud.

Mémoire sur un fœtus dérencéphale de la famille des anencéphaliens, par le Dr G. Eustache, professeur à la Faculté de médecine libre de Lille. Paris. Librairie J.-B. Baillère. In-8. — Après avoir rapporté une observation très intéressante de fœtus dérencéphale, M. le Dr Eustache entre dans des considérations sur les conditions de production de ces monstruosités et sur l'influence qu'elles peuvent exercer sur la marche de la grossesse et de l'accouchement.

L'origine des monstruosités a préoccupé de tout temps l'attention des savants et du public; mais malgré les nombreuses hypothèses, théories et explications qui ont été nécessairement émises, la question reste encore à résoudre; l'observation de M. Eustache n'apporte aucun élément nouveau de solution à ce problème, ou plutôt ses, résultats sont négatifs.

L'imagination de la mère n'a pu intervenir à aucun moment; les conditions héréditaires étaient complètement nulles; le genre de la vie et les habitudes des parents ne nous indiquent rien ; on ne saurait, en effet, faire intervenir cette cause banale de la misère et des chagrins domestiques, que l'on retrouve partout où l'on n'a pas de bonnes raisons à donner.

La monstruosité a donc procédé d'une altération spontanée de l'embryon. De quelle nature était celle-ci ? Était-ce un *arrêt de développement?* Non, sans doute, puisque toutes les parties du corps se sont développées normalement, sauf les centres nerveux et les cavités osseuses qui les renferment. La théorie du *balancement des organes* mise en avant par I. Geoffroy-St-Hilaire, celle du *développement centripète* imaginée par Serres, ne sauraient davantage être discutées.

Dans les cas de ce genre il n'y a qu'une explication possible; c'est celle qui fait intervenir un état morbide de l'embryon ou des membranes qui le renferment, à un âge plus ou moins avancé de la conception. Or, cet état morbide est loin d'être déterminé, et cette observation ne vient apporter aucune nouvelle preuve.

I. Geoffroy-St-Hilaire avait admis que les adhérences du placenta ou des membranes avec l'embryon expliquaient la plupart des monstruosités, et entre autres l'anencéphalie. M. Houel a repris cette idée; son mémoire nous intéresse d'autant plus qu'il s'agit de trois fœtus dérencéphales, chez lesquels des adhérences placentaires ou amniotiques avaient été constatées; mais les faits de M. Portal, ceux d'Ollivier, de Baker et le mien, ne signalent rien de ce genre.

D'après M, Eustache l'anencéphalie ne semble avoir aucune influence réelle sur la marche de la grossesse et de l'accouchement, et le plus souvent, pour ne pas dire toujours, la lésion n'est soupçonnée et ne peut être diagnostiquée que pendant la dernière période du travail alors que les membranes sont rompues et que la présentation est complètement accessible.

La marche de la grossesse n'est point entravée elle est pourtant traversée par des incidents qui se rencontrent presque toujours ; le ventre est douloureux, de bonne heure il est très volumineux, et l'on soupçonnne plus souvent une grossesse gémellaire qu'une monstruosité ; on a prétendu qu'à un certain moment, le plus souvent vers le troisième mois, il survenait un malaise et des douleurs

plus considérables, et que c'était à cette époque que se produisaient les lésions, il est bien difficile d'avoir des renseignemenis précis à cet égard.

La grossesse suit son cours et arrive le plus généralement à terme; toutefois, l'accouchement est assez souvent avancé de huit, quinze jours ou un mois, soit sous l'influence de la mort prématurée du fœtus, soit sous l'influence de la distension considérable de la matrice par les eaux de l'amnios.

Telles sont, dans leur substance, les considérations et les déductions que M. Eustache a cru devoir présenter à la suite de son intéressante observation. Elles nous paraissent très instructives et de nature à intéresser vivement ceux de nos confrères qui s'occupent d'obstétrique et de tératologie.

A. LUTAUD.

Recherches sur la cause du retard de l'accouchement dans les cas de présentations pelviennes et moyen d'y remédier, par le Dr RODRIGUEZ DOS SANTOS, docteur en médecine, médecin de l'hôpital de la Miséricorde à Rio-de-Janeiro, etc. In-8. Rio-de-Janeiro, 1879. Après une étude consciencieuse de la question, l'auteur émet l'opinion que la cause qui motive le retard de l'accouchement dans les présentations pelviennes réside ou dans la descente incomplète de la partie fœtale, ou dans la persistance de la position diagonale du fœtus au détriment du mouvement de rotation interne qui ne s'exécute pas.

M. Dos Santos arrive donc à ces conclusions : que le moyen le plus rationnel pour que l'accouchement s'exécute, dans ces conditions, consiste à produire artificiellement le mouvement de rotation interne.

Que l'usage du seigle ergoté ne doit avoir lieu qu'après que l'anomalie aura été corrigée, et que le crochet ne doit être employé isolément que dans le cas où le mouvement de rotation interne serait absolument impossible.

D'où provient cette difficulté à l'engagement de la partie fœtale, ou bien d'où provient la cause qui après que la partie a parcouru tout le canal pelvien, fait que cette partie conserve la position diagonale, sans que le mouvement de rotation se soit exécuté, sans

que, par conséquent, les évolutions des différents temps de l'accouchement puissent s'exécuter?

Après avoir porté son attention sur ce point important du mécanisme de l'accouchement dans les présentations pelviennes, et établi la relation de cause à effet, c'est-à-dire reconnu que le retard du travail provenait ou de la descente incomplète du siège, ou, après avoir parcouru le canal pelvien, il conservait sa position diagonale, l'auteur pense que dans cette dernière position, le premier moyen à tenter, avant tout autre, était de chercher à réaliser artificiellement ce que la nature n'avait pas fait. En appliquant ce moyen il a vu plusieurs de ses clientes rapidement libres d'un travail, d'une souffrance qui eussent été beaucoup plus longs et plus douloureux, si au lieu d'exécuter lui-même le mouvement de rotation interne, il eût abandonné le travail aux seuls efforts de la nature.

Dès que se produisent les conditions pour effectuer le mouvement de rotation interne, qui doit remplacer la position diagonale persistante, l'auteur a l'habitude d'employer uniquement ses mains ; dans ces conditions, ayant la main ouverte et les doigts étendus, il l'introduit jusqu'à la hauteur de la partie fœtale, arrivé là, il cherche à s'assurer de son degré de mobilité ou de la facilité de déplacement qu'elle offre; si cette dernière condition existe, il se sert de sa main comme d'un levier, et il effectue graduellement le mouvement de rotation interne. Si la mobilité offre quelque difficulté, il cherche à élever le plus possible la partie fœtale, non seulement pour en diminuer le degré de fixation, mais aussi pour en augmenter la mobilité; aussitôt qu'il obtient cette dernière condition, il cherche à exécuter la même manœuvre que dans la première. Il obtint un double résultat de l'emploi de ses mains; non seulement il corrige très-souvent le vice d'accommodation, mais encore la présence de la main détermine des contractions utérines qui viennent aider à fixer la nouvelle relation de diamètres qu'il achève d'établir.

Toutes les fois qu'il est possible d'arriver à corriger la position diagonale, et d'harmoniser les relations du contenant et contenu, il fait disparaître l'anomalie d'accommodation qui existait, après quoi, il laisse l'accouchement livré aux efforts de la nature, en y aidant ou non au moyen des oxytoxiques. Cependant, si, malgré tout ce qu'il a pu faire pour remédier à l'analomalie d'accommodation, cette anomalie continue à persister d'une manière définitive, il a alors recours au crochet comme ressource extrême.

Le travail de M. Dos Santos, qui présente un grand intérêt pratique, sera consulté avec fruit par tous les obstétriciens. A. L.

Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale après l'ovariotomie, par le Dr Jules Levrat, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8, de 56 pages. Paris, Laisney.

L'auteur a observé dans le service de M. le Dr Duplay, à la suite de l'ovariotomie, des accidents qui nous ont paru mériter d'appeler l'attention. Chez des malades qui avaient subi cette opération, la mort survenait sans symptômes de péritonite, au milieu de manifestations fébriles rapidement graves. A l'autopsie, rien de net du côté du péritoine, mais des congestions plus ou moins intenses dans différents viscères. Dans tous ces cas, le tableau symptomatique présentait de grandes analogies, et l'autopsie permettait d'affirmer que ce n'était pas à une inflammation diffuse et grave du péritoine que les malades avaient succombé. Mais alors quelle était la cause de la mort?

Après avoir rapporté un nombre respectable d'observations très concluantes et discuté longuement la question, M. Levrat émet l'opinion que, dans ces cas, les malades succombent à la septicémie aiguë. C'est une opinion déjà admise depuis longtemps en Angleterre et en Amérique.

Voici comment l'auteur formule le résultat de ses recherches sur cette question :

Après l'ovariotomie, un certain nombre de malades succombent sans présenter ni les symptômes, ni les lésions d'une péritonite.

Ces symptômes et ces lésions (fièvre rapidement ascendante et congestions viscérales) présentent au contraire beaucoup d'analogies avec les accidents de la septicémie aiguë.

C'est donc à une absorption de produits septiques par la séreuse abdominale que doit être attribuée la mort des malades.

L'ouvrage de M. Levrat présente un grand intérêt au point de vue pratique, et nous en conseillons vivement la lecture à tous ceux qui s'intéressent aux importantes questions de la mortalité après l'ovariotomie et la gastrotomie.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'emploi de l'hydrate de chloral dans la gastro-entérite aiguë chez les enfants, par le Dr Adolphe Kjellberg. — L'auteur s'efforce dans ce travail de signaler la valeur du chloral dans le traitement de la gastro-entérite aiguë.

Ce qui rend surtout le traitement de cette maladie si difficile, c'est la grande irritabilité de l'estomac et les vomissements violents qui l'accompagnent, l'enfant rejetant tout ce qu'il reçoit, nourriture ou médicaments. Essayer d'arrêter ces vomissements est une indication principale, à laquelle l'hydrate de chloral répond mieux que tout autre remède. Rapidement absorbé, il arrête les vomissements, donne en outre du calme à l'enfant, et supprime souvent la diarrhée. Vu l'irritabilité de l'estomac, il se donne sous forme de lavement, que l'on administre de préférence après une selle. La dose, de 25 à 30 centigrammes pour les enfants de 5 à 6 mois, est élevée à 50, 60 centigrammes pour 100 de 12 à 15 mois. La quantité de liquide du lavement n'est que d'une cuiller à dessert. Ces lavements peuvent être réitérés au besoin deux ou trois fois par jour. Si les doses se montrent trop petites dans le cas espécial, il y a lieu de les augmenter en conséquence. On emploie simultanément d'autres remèdes, tels que de l'eau glacée, du cognac et du champagne frappé contre les vomissements; de l'opium comme médicament interne ou en lavements, etc., contre la diarrhée ; des bains chauds avec de la moutarde contre l'albuminurie, si elle se présente ; des stimulants contre le collapsus, etc.

Afin d'augmenter l'effet du chloral, l'auteur a coutume d'ajouter au lavement 1 goutte de *tinctura thebaica*, et, quand le besoin de stimulants se fait sentir, 5, 10, 15 gouttes d'éther spiritueux (gouttes d'Hoffmann. (*Nordisk Med. Arkiv.*, décembre 1879.)

A. Lutaud.

De l'état des vaisseaux sanguins dans l'utérus après la délivrance, par le Dr Balin (d'Odessa.) — L'auteur a fait une étude attentive des

phénomènes qui surviennent sur les vaisseaux utérins après l'accouchement et il est arrive aux conclusions suivantes : 1° une partie des vaisseaux de la substance utérine est oblitérée par du tissu connectif; les vaisseaux qui ne subissent pas l'oblitération sont considérablement réduits de volume ; 2° dans les vaisseaux oblitérés, la tunique moyenne est détruite par le dégénérescence graisseuse de ses fibres musculaires ; 3° dans les vaisseaux qui subsistent, la tunique moyenne disparaît partiellement ; 4° la dégénérescence graisseuse des parois des vaisseaux sanguins commence tard et a lieu plus lentement que le même processus dans la structure musculaire de l'utérus ; 5° un grand nombre de vaisseaux capillaires de nouvelle formation sont comprimés par les contractions utérines qui suivent la délivrance et sont également absorbés ou transformés par la dégénérescence graisseuse (*Archiv fur gynækologie*, bd XV, S. 157).

Corps étrangers du vagin ; occlusion intestinale. Application du forceps. Guérison, par le Dr Léopold Baumel, lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier. — L'auteur rapporte d'abord l'opinion de Bérard, qui distinguait deux espèces de corps étrangers du vagin : ceux qui ont été introduits dans un but thérapeutique, comme les pessaires, les éponges ; et ceux qui y sont arrivés par accident ou par la volonté de la malade.

Le chirurgien est rarement appelé pour des faits de cette nature; les malades peuvent d'ordinaire retirer elles-mêmes ces corps étrangers.

Néanmoins il n'en est pas toujours ainsi, comme le prouvent les deux observations qu'il rapporte, et, quand ces faits se présentent, ils peuvent donner lieu à certains embarras, car les femmes, soit par négligence, soit par oubli, soit même volontairement, avouent difficilement la nature et la cause de leur maladie, et cela, qu'il s'agisse de corps rentrant indistinctement dans le premier ou le second des groupes établis par Bérard.

Ceux du premier groupe sont sans contredit les plus fréquents.

Ce n'est parfois qu'au moyen d'une exploration attentive qu'on arrive à reconnaître ce dont il s'agit.

Peu de corps étrangers engagés dans une partie quelconque de l'économie animale ont offert des circonstances aussi extraordinaires et

ont nécessité de la part de l'opérateur plus de dextérité que ceux qui ont été rencontrés dans le vagin.

Telle est au moins l'opinion de tous les auteurs qui ont écrit sur la matière.

Après avoir rapporté deux faits très intéressants recueillis dans sa clientèle, l'auteur pose les conclusions suivantes :

« 1° L'occlusion intestinale peut être classée parmi les conséquences fatales des corps étrangers du vagin.

« 2° L'opération la plus commode et la plus inoffensive à la fois, nécessitée par les corps ronds, ovoïdes ou même coniques de cette cavité, ayant un volume considérable, est l'application du forceps.

« 3° Les déformations qui résultent du séjour de ces corps dans le vagin paraissent être la conséquence de la compression. »

(*Montpellier médical*, 1877, et tirage à part, Montpellier, 1880.)

A. L.

VARIETÉS

Danger du lait des vaches phthisiques, par M. le Dr E. VALLIN. (1) — Le mémoire que nous publiâmes, en mars 1878, sous ce titre : *Le lait des vaches phthisiques peut-il transmettre la tuberculose ?* (2) fut accueilli avec incrédulité, sinon avec indifférence. Dans cette étude, cependant, nous nous bornions à faire connaître, sans préjuger la question, les expériences positives et les opinions affirmatives des professeurs les plus éminents des Écoles vétérinaires de l'Allemagne et de l'Angleterre; Gerlach, Klebs. Fleming, Bollinger, etc, L'impossibilité, assurément imprévue, de trouver des vaches phthisiques dans les étables de Paris, malgré les recherches les plus scrupuleuses, la difficulté d'opérer sur de gros animaux, nous avaient empêché de faire des expériences personnelles, et quelques tentatives faites en collaboration avec M. Nocard, d'Alfort, nous avaient donné des résultats plutôt nuls que négatifs.

Ce que nous n'avions pu faire à Paris, avec des ressources restreintes, d'autres, mieux placés et plus heureux, viennent de le réaliser avec un succès qui ranime toutes nos craintes.

Deux professeurs distingués de l'Ecole vétérinaire de Toulouse,

MM. Peuch et Toussaint, ont fait en ce sens deux séries d'expériences. Sur une vache arrivée au terme d'une phthisie (pommelière) confirmée, ils ont pris du tissu musculaire exempt de tubercules apparents, mais non peut-être de ganglions interstitiels tuberculeux ; à l'aide d'une presse, ils en ont extrait le suc, et en ont injecté une petite quantité dans le tissu cellulaire d'un porcelet ; au bout de soixante-sept jours, l'animal très amaigri fut sacrifié ; ses organes, ses tissus étaient farcis de tubercules.

Deux autres porcelets et plusieurs lapins furent nourris avec du lait provenant d'une vache arrivée au dernier terme de la phthisie : ces animaux dépérirent très rapidement, et présentèrent à l'autopsie, dans tous les organes, des tubercules à tous les degrés de développement. D'autres porcelets témoins, et n'ayant pas bu de ce lait, restèrent en parfaite santé.

Cependant, l'un d'eux, de même provenance, vivant dans les mêmes conditions, mais qui n'avait point bu de ce lait et qu'on conservait comme témoin, présenta à l'autopsie quelques granulations tuberculeuses. Comme dans l'expérience de M. Chauveau, M. Peuch reconnaît que ce porcelet n'avait pas été assez sévèrement séparé des animaux inoculés ; il mangeait dans la même auge et a pu, à la rigueur, se contaminer de la sorte.

Déjà Gerlach et Bollinger avaient signalé la facilité avec laquelle les porcs contractent la tuberculose transmise par les voies digestives ; Bollinger dit explicitement (p. 373 de son mémoire) que » la uberculose des porcs tient sûrement, en grande partie, à ce que ces animaux sont d'ordinaire nourris avec le lait et les résidus des vaches pommelières qui séjournent parfois dans les abattoirs ». C'est donc dorénavant sur cet animal que des expériences devront être renouvelées ; il ne faudrait pas, toutefois, conclure des résultats obtenus, que les choses se passent de la même façon dans les autres espèces animales, et en particulier chez l'homme

A l'heure où nous écrivons, nous ne connaissons pas encore le détail des observations de MM. Peuch et Toussaint ; nous n'en connaissons que la conclusion sommaire (1). Mais cette conclusion n'est-elle pas effrayante, quand on songe à la fréquence extrême de la phthisie

---

(1) *Sur la transmissibilité de la tuberculose par le lait*, par F. Peuch, note présentée par M. Bouley (*Académie des sciences*, séance du 28 juin 1880).

chez l'homme (1 décès par phthisie sur 3 décès au-dessous de 30 ans), et à la fréquence du carreau, de la tuberculose abdominale, chez les jeunes enfants soumis à l'allaitement artificiel par le lait de vache ?

N'oublions pas que, dans certaines localités, le nombre des vaches phthisiques est considérable : la proportion s'élève parfois à 16 ou 20 du nombre total (Viseur, Zurn), et jadis ces bêtes, sons le nom de vaches *troupières*, étaient particulièrement affectées par les *mercandiers* à l'alimentation des soldats. Au contraire, dans les villes où l'inspection des viandes et des bêtes sur pied se fait rigoureusement à l'abattoir, comme à Paris, à Lille, à Bordeaux, il devient très difficile de trouver des vaches phthisiques dans les étables ; dès que les animaux commencent à maigrir, à tousser, à donner moins de lait, immédiatement on s'en débarrasse, on les engraisse rapidement pour la boucherie, on les conduit à l'abattoir avant que la maladie soit bien accusée et que la bête soit dépréciée ; une vache décidément phthisique vaut à peine 40 francs (au lieu de 400 francs) ; si on la présente à l'abattoir, elle est saisie, ses tissus sont *dénaturés* par l'essence de térébenthine ou le pétrole, et on l'envoie à la fonderie de suif où elle est transformée en engrais.

Voici donc un nouveau bénéfice d'une surveillance rigoureuse des abattoirs ; ce n'est pas seulement la salubrité de la viande, c'est la salubrité du lait qui est ainsi assurée.

Bien que les expériences de MM. Peuch et Toussaint viennent confirmer celles qui ont été faites en différents pays depuis dix ans, nous nous gardons bien de considérer la question comme résolue ; mais n'est-il pas remarquable, comme nous le disions en 1878, que « ceux qui nient n'ont pas fait d'expériences ; ceux qui ont expérimenté ont admis la transmission de la tuberculose par le lait ? »

Dans un pareil doute, n'est-il pas de la plus vulgaire prudence de ne donner aux enfants, aux personnes affaiblies, que du lait parfaitement bouilli, au moins quand on n'est pas sûr de sa provenance et de sa pureté? Ajoutons qu'en ce moment même, le D^r Ch. Chreighton publie dans *The Lancet*, une série d'articles sous ce titre : *Sur une variété infectieuse de la tuberculose de l'homme, identique à la tuberculose de la vache* (pommelière).

Il nous semble qu'il est peu de questions qui intéressent plus gravement l'hygiène publique et privée. Il est inutile de discuter, de faire des théories et des raisonnements, de crier à l'impossibilité, à l'invraisemblance ; il faut répéter, contrôler, multiplier les expériences ;

il faut agir, on ne peut rester sur un tel doute pour un aliment qui tient tant de place dans notre régime journalier.

Depuis 1876, le ministère de l'agriculture de l'Empire allemand a ordonné, sur cette question du lait des vaches phthisiques, des expériences et une enquête qui n'est pas encore terminée, et à l'occasion de laquelle Virchow, l'un des membres de la Commission, publiait, il y a quelques semaines, un article important dans la *Berliner Wochenschrift*.

Les grands corps savants ont, à diverses reprises, institué des Commissions pour étudier la vaccine, la rage, la morve, etc.

Il serait digne de l'Institut ou de l'Académie de médecine de créer dans le même but une Commission, composée des savants les plus autorisés, chargée de renouveler ces expériences, et de nous dire s'il y a là, à la fois, des motifs de crainte et des germes d'espérance.

Indications de l'allaitement maternel; par le Dr Archambault, (conférences cliniques faites à l'hôpital des Enfants malades. — Pour bien se rendre compte des soins qui sont nécessaires à la vie du nouveau-né, il faut considérer l'enfant qui vient de naître comme un malade, car il a plus de probabilités pour disparaître dans sa première année qu'un enfant de cinq ans atteint de fièvre typhoïde n'a de chances de mourir. Or, parmi toutes les questions qui se rapportent à son hygiène, la question de l'alimentation prime toutes les autres. La supériorité de l'allaitement par le sein, et en particulier de l'allaitement maternel, est si évidente, qu'il est inutile de la discuter; en principe, et sans tenir compte des conditions sociales, qui ne peuvent être traitées ici, toute mère doit nourrir son enfant, mais elle doit pour cela répondre à certaines conditions sur lesquelles le médecin est fréquemment consulté, et qu'il n'est pas toujours facile de déterminer d'une façon absolue.

L'examen médical doit tout d'abord porter sur l'état général. Il semble tout d'abord que toute femme vigoureuse devrait pouvoir nourrir; mais il faut cependant bien faire des restrictions à cet égard, car il y a des femmes qui dans ces conditions n'ont pas de lait : on peut invoquer comme cause de cet état anormal l'habitude qu'ont les

---

(1) Extrait de la *Revue d'hygiène* 15 juillet 1880.

(2) *Bulletin de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle*, t. I. p. 362, et *Annales d'hygiène*, t. I, juillet 1878, p. 15-50.

femmes de ne pas nourrir dans certaines familles, et, par suite, la perte de l'aptitude à l'allaitement après plusieurs générations. Tout au contraire, on voit des femmes presque maladives qui élèvent de très beaux enfants : on voit même de ces femmes modifier favorablement leur constitution et compléter leur développement pendant l'allaitement ; il faut en conclure que l'apparence grêle de la mère n'est pas une contre-indication à ce qu'elle nourrisse son enfant. Mais il en est autrement quand il existe chez elle une diathèse, comme la scrofule, et encore il ne suffit pas, pour empêcher l'allaitement, que des manifestations scrofuleuses aient existé autrefois, car la constitution peut être très améliorée depuis cette époque ancienne ; il n'y a aucune crainte à avoir au point de vue de la transmission ainsi produite. S'il y a transmission dans ce cas, on ne peut en accuser que l'hérédité.

La tuberculose, au contraire, alors même qu'il y a seulement des antécédents et que la maladie est à craindre, constitue d'autant plus une contre-indication, que l'allaitement dans ces conditions serait aussi contraire aux intérêts de l'enfant qu'à ceux de la mère.

Parmi les autres diathèses, l'herpétisme, quoi qu'on en ait dit, pas plus d'ailleurs que l'arthritisme, ne peuvent empêcher l'allaitement, car une affection cutanée coïncidant avec une bonne santé ne peut constituer une contre-indication. Quant à la syphilis, elle met la mère dans l'obligation formelle de nourrir, alors même qu'elle-même n'aurait pas eu d'accidents, mais que la maladie aurait pu être transmise à l'enfant par le père : on sait d'ailleurs que, dans ces cas, l'observation a démontré qu'il était de règle, et c'est ce fait qui est connu sous le nom de loi de Coles, que la mère ne contractait presque jamais la syphilis de son enfant par l'allaitement.

A côté de ces diathèses viennent se placer quelques états morbides assez souvent embarrassants pour le médecin. On est fréquemment consulté, par exemple, pour des femmes déjà anémiques avant leur grossesse, et il est dans ce cas important d'être bien renseigné sur l'état antérieur, car presque toutes les femmes enceintes deviennent plus ou moins anémiques et présentent des bruits de souffle dans les vaisseaux ; or, on peut sans inconvénient faire nourrir une femme anémique, lorsque son état ne présente pas de gravité sérieuse. Il en est de même des femmes névropathiques, des dyspeptiques, qui, quoi qu'on en dise, peuvent parfaitement nourrir ; le plus souvent même, sous cette influence, l'état général se modifie, l'appétit augmente, et

les troubles digestifs disparaissent. La très grande jeunesse de la mère est, elle aussi, loin de constituer un obstacle véritable.

Il n'y a donc, en somme, que peu de contre-indications à l'allaitement maternel ; mais toutes ces considérations ne sont applicables, bien entendu, qu'à la condition que l'état général de la mère soit satisfaisant, que la sécrétion du lait soit suffisante, et enfin qu'il n'y ait pas de vice de conformation susceptible d'entraver la lactation C'est là un fait dont il est bon de s'enquérir pendant la grossesse. lorsqu'il s'agit d'une primipare ; il arrive, en effet, assez souvent que le mamelon est peu saillant et n'offre pas une prise suffisante au nourrisson : or il est utile de le savoir de bonne heure, parce qu'au moyen de tractions souvent répétées on peut lui donner une conformation suffisante pour que l'allaitement soit possible. Il y a des cas, d'autre part, où l'absence totale du mamelon rend inutile toute tentative d'allaitement. (Extrait du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, juillet 1880.)

Pessaires en celluloïd. — Nous avons employé depuis plusieurs mois des pessaires faits de celluloïd. Cette substance qui est composée comme l'on sait de papier combiné à du camphre est très résistante à la température ordinaire. Le pessaire plongé dans l'eau bouillante se ramollit suffisamment pour qu'on puisse lui donner telle forme que l'on désire.

Le pessaire placé dans le vagin ne subit aucune déformation ni altération. Au bout de plusieurs mois de séjour dans le canal vaginal, nous avons pu constater que l'instrument conservait le poli des premiers jours.

Ce sont là des avantages sur lesquels nous sommes bien aise d'appeler l'attention de nos confrères.

Congrès international des sciences médicales (7e session). — A la sixième session du Congrès international médical, tenue à Amsterdam, on exprima le désir général que la prochaine réunion eût lieu en Angleterre. Un Comité d'organisation vient de se constituer. Il a désigné Londres comme le siège du Congrès et a nommé les Comités suivants :

COMITÉ EXÉCUTIF.

M. le Dr Risdon Bennett, P. R. C. P., F. R. S., président.

M. Bowman, F. R. S.
M. le Dr Alfred Carpenter.
M. le Dr Andrew Clark.
M. le Dr Matthews Duncan.
M. Erichsen, P. R. C. S., F. R. S.
Sir William Gull, Bart., F. R. S.
M. Prescott Hewett, F. R. S.
M. Luther Holden.
M. Hutchinson.
Sir William Jenner, Bart., F. R. S.
M. le prof. Lister, F. R. S.
M. Mac Cormac.
M. Mac Kellar.
Sir James Paget, Bart., F. R. S.
M. George Pollock.
M. le Dr Pitman.
M. le Dr Shepherd.
M. le Dr Sieveking.
M. le Dr Pye-Smith.
Sir Henry Thompson.
M. le Dr H. Weber.

COMITÉ DE RÉCEPTION.

Prescott Hewett, Esq., F. R. S., président.

M. le Dr Chepmell.
M. le Dr Andrew Clark.
M. le Dr Farquharson, M. P.
M. Cooper Forster.
M. le Dr Philip Frank.
M. le Dr Grigg.
M. Ernest Hart.
M. Mitchell Henry, F. R. C. S. M. P.
M. le Dr George Johnson, F. R. S.
Sir Trevor Lawrence, Bart., M. R. C. S., M. P.
M. le Dr Lyons, M. P.
M. John Marshall, F. R. S.
M. le Dr Monro.
M. le Dr W. O. Priestley.
M. le Dr Owen Rees, F. R. S.
Sir Henry Thompson.
M. le Dr A. Vintras.
M. le Dr Sharkey, secrétaire.
M. le Dr S. West, secrétaire.

Une réception générale aura lieu le mardi soir 2 août 1881, et les séances s'ouvriront le mercredi 3 août et finiront le 6.

Les langues officielles seront le français, l'allemand et l'anglais.

Sa Majesté la Reine a bien voulu donner une nouvelle preuve de sa sympathie et de sa bienveillance en autorisant le comité à mettre le Congrès sous son haut patronage.

Son Altesse Royale le prince de Galles a montré l'intérêt qu'il porte au progrès des sciences médicales en accordant la même faveur.

Outre les séances générales, le travail du Congrès sera distribué entre 15 sections.

Un musée d'objets intéressants ayant rapport aux sciences médicales sera ouvert pendant la durée du Congrès.

Les dames seront admises à la séance d'ouverture ainsi qu'aux réunions amicales, mais ne seront pas reçues aux séances scientifiques. Le règlement du Congrès sera bientôt fixé.

Le Comité fixera définitivement le programme le 30 avril 1881, et toutes les communications ayant rapport au Congrès ainsi qu'un résumé des discours destinés aux séances doivent être adressés avant cette époque au

Secrétaire général, M. Mac Cormac,
13, Harley-Street, London, W.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Zume Verhatten der Collum ane nicht Schwangereu Uterus (*Du col de l'utérus à l'état de vacuité*), avec 3 planches, par BANDL (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 237).

Ueber Prædilectionszeiten der Schwangerschaft (*Sur les époques de prédilection de la grossesse*), par COHNSTEIN (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 220).

Ueber Ernahrung der Sänglenhs wahrend der ersten newn Tage (*Sur la nutrition du nouveau-né pendant les neufs premiers jours*), par DENEKE (*Arch. f. Gyn.*, t. XV, p. 281).

Zur Pathologie der Placenta, avec 7 dessins, par FENOMENON (*Arch. f. Gyn.*, p. 343).

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 29-31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR L'HYPERTROPHIE OU ÉLÉPHANTIASIS DES GRANDES LÈVRES

Par M. le Dr Léon Labbé.
Membre de l'Académie de médecine, chirurgien de Lariboisière.

Quoique les auteurs décrivent dans les traités classiques, l'hypertrophie des grandes lèvres et l'éléphantiasis de la vulve comme des affections fréquentes, j'ai eu très rarement l'occasion de l'observer et je n'en ai trouvé qu'un très petit nombre recueillis dans les annales de la science. Par hypertrophie des grandes lèvres, je n'entends pas parler de la difformité observée dans certaines contrées et à laquelle les voyageurs out donné le nom de *tablier des hottentotes*, mais de la formation sur les grandes lèvres d'une tumeur se développant assez rapi-

dement et s'opposant par son volume aux fonctions sexuelles et même à la marche. Tel est le cas rapporté par le Dr Rigal de Gaillac, dans lequel les grandes lèvres avaient atteint le volume d'une tête d'adulte.

J'ai eu, il y a quelques mois, l'occasion d'observer une tumeur éléphantiasique de la grande lèvre gauche qui s'était développée assez rapidement chez une jeune femme de 23 ans, alors qu'une tumeur de même nature et de même volume avait déjà été opérée deux ans auparavant. J'eus d'abord quelques doutes sur la nature de cette tumeur que j'étais porté à considérer comme une variété d'esthiomène, mais les suites de l'opération, la rapidité de la cicatrisation et surtout l'examen histologique ne laissent guère de doute aujourd'hui sur sa nature simplement hypertrophique. Je crois néanmoins intéressant de faire connaître ce cas qui montre avec quelle rapidité ces hypertrophies peuvent se développer; on verra également par cette observation que ces tumeurs, dont l'ablation était autrefois si redoutée par les chirurgiens à cause de l'hémorrhagie, peuvent être enlevées sans perdre une goutte de sang, grâce à l'emploi du thermo-cautère.

Observation. — La malade qui fait le sujet de cette observation avait été opérée au mois de mai 1878 à Beaujon d'une tumeur semblable siégeant sur la grande lèvre droite. Elle sortit de l'hôpital parfaitement guérie après y avoir séjourné pendant environ trois semaines.

La tumeur pour laquelle elle est entrée dans mon service a commencé à se développer il y a 18 mois, et a atteint très rapidement ses dimensions actuelles, mais la malade nous dit que depuis un mois l'augmentation de la tumeur est devenue plus considérable; c'est ce qui l'a décidée à entrer de nouveau à l'hôpital.

Depuis cette époque, cette jeune personne n'a éprouvé aucun changement notable dans sa manière d'être au point de vue sexuel; elle dit avoir toujours été très peu passionnée, mais elle ajoute que, depuis que cette tumeur a commencé à se déve-

lopper, elle n'éprouve aucune sensation voluptueuse pendant le coït.

Etat actuel. — Lorsqu'on écarte les jambes de la malade, on aperçoit une tumeur qui fait saillie en dehors du vagin. De la grosseur d'un œuf de poule, elle est bosselée, irrégulière; par son pédicule qui est assez large, elle paraît implantée sur la petite lèvre du côté gauché. Molle sur certains points, elle est plus dure, comme cartilagineuse sur d'autres.

Le capuchon du clitoris est très hypertrophié; quant au clitoris lui-même, on n'en trouve aucune trace et il se trouve confondu dans une masse hypertrophique située au-dessus de la tumeur. Interrogée sur ce sujet, la malade prétend avoir perdu toute espèce de sensibilité de ce côté. Cependant aux époques menstruelles qui sont régulières, elle dit recouvrer un très faible degré de sensibilité sexuelle.

L'entrée du vagin est très retrécie par de petites tumeurs qui occupent la place des caroncules myrtiformes. Elles sont rosées, dures et comme pédiculées et paraissent avoir la même texture que la tumeur principale. Le méat urinaire est caché au milieu de ces proliférations et cependant la malade urine facilement.

L'opération fut pratiquée le 7 juillet avec le thermo-cautère de Paquelin. La malade est endormie avec le protoxyde d'azote sous tension par la méthode de M. P. Bert. L'anesthésie n'est complète qu'au bout de 8 à 9 minutes.

La tumeur principale fut enlevée par une incision circulaire autour du pédicule faite à petits coups avec le cautère porté au rouge sombre. En procédant avec une grande lenteur il ne s'écoula pas une goutte de sang.

Les végétations qui entouraient l'orifice du vagin furent enlevées de la même manière. La masse hypertrophique qui occupait la place du clitoris et qui contenait cet organe avec son capuchon fut également enlevée.

Le protoxyde d'azote étant venu à manquer la malade s'est réveillée quelques secondes avant la fin de l'opération qui s'est cependant terminée sans occasionner de douleurs. La patiente

a quelques vomissements glaireux et accuse de la céphalalgie, des douleurs dans les jambes, aussitôt après l'opération.

8 juillet. La malade va très-bien ; pas de symptômes inflammatoires.

Le 11. Les eschares commencent à tomber; quelques gouttes de pus. Quelques douleurs en urinant.

Des compresses froides sont maintenues sur la plaie.

Le 15. La malade a ses règles; elles viennent à leur époque habituelle, elles ne sont pas augmentées de quantité et n'occasionnent aucune souffrance.

Le 19. La menstruation s'arrête d'une manière régulière.

Le 20. La plaie est rouge et de bon aspect; liseré cicatriciel sur les bords, la malade sort de l'Hôpital (1).

Examen de la tumeur. M. Chouppe a bien voulu se charger de l'examen histologique de la tumeur. Il a constaté un épaississement considérable de la peau surtout dans sa couche fibreuse. Le corps de la tumeur se compose de trames conjonctives renfermant dans leurs mailles un très grand nombre d'éléments de nouvelle formation; surtout de cellules fusiformes; il y a également des cellules arrondies et de la matière granuleuse.

On trouve également des vaisseaux de nouvelle formation ; quelques artérioles et des veinules.

Cà et là sur la peau quelques traces de végétation.

En somme M. Chouppe considère cette tumeur comme une hypertrophie simple du tissu sous cutané.

J'avais pensé un instant avant de connaître le résultat de l'examen histologique a un commencement d'esthiomène; mais l'ensemble des circonstances éloignent complètement ce diagnostic.

Dans quelle situation se trouve aujourd'hui la malade par rapport à une récidive? Tout en faisant des réserves, je crois que la récidive, quoique possible, n'aura probablement pas lieu, surtout dans un délai rapproché. Il est généralement admis

(1) Les détails de cette observation ont été recueillis par M. Marciguey.

que les tumeurs éléphantiasiques récidivent assez facilement et dans un délai rapide; mais on se souvient que, dans ce cas, la malade avant déjà été opérée en 1878 d'une tumeur semblable siégeant sur la grande lèvre droite. Or, au moment ou j'ai pratiqué la seconde opération sur la grande lèvre gauche, c'est-à-dire deux au plus tard, on ne trouvait pas la plus petite trace de récidive sur le siége de la première opération.

ETUDE SUR LES POLYPES PLACENTAIRES

Par le Dr Mid.-W. Maslowsky.

(Clinique gynécologique et obstétricale du professeur Slavjansky de Saint-Pétersbourg.)

Il n'est pas rare d'avoir en clinique l'occasion de diagnostiquer au niveau de l'insertion du placenta des tumeurs de différentes grosseurs, que l'on rencontre souvent aussi à l'autopsie. Ces tumeurs sont d'ordinaire décrites sous le nom de polypes placentaires ou fibrineux, dans l'acception la plus large du mot. Les opinions des auteurs diffèrent sur leur caractère. Si nous exceptons quelques cas très rares de tumeurs de la surface placentaire comme les deux myomes de Klebs dits granulomes, nous restons en présence de différents polypes, qui sont :

1° Des hématomes placentaires, formés par des caillots au niveau des anfractuosités de cette région.

2° Des polypes placentaires résultant certainement d'une contraction insuffisante de toute la région sur laquelle s'insérait le placenta ou une de ses parties (atonie utérine partielle).

3° Des polypes placentaires au sens le plus strict du mot, dus à la rétention du placenta ou d'une de ses parties.

Malgré les nombreux documents que les auteurs ont fournis sur cette affection, on n'a encore aucune idée exacte ni de la structure, ni de la pathogénie de ces polypes placentaires. A ce

point de vue, le contrôle anatomique fait défaut ; on n'a guère observé que des polypes placentaires, consécutifs à une rétention de fragments du placenta fœtal, et par contre personne n'a signalé des faits de polypes dus à une atonie partielle de l'utérus. C'est dans le but de combler cette lacune que nous avons entrepris ce travail en basant nos recherches sur des examens anatomiques. Nous avons recueilli 8 cas de polypes *expulsés*, et 2 pièces anatomo-pathologiques d'utérus provenant l'un d'un accouchement et l'autre d'un avortement. Tous deux présentaient une production polypeuse au niveau de l'insertion placentaire. Sur les 8 polypes expulsés, 6 le furent dans des avortements à différentes périodes de la grossesse, et 2 après l'accouchement. Nous donnerons aussi le résultat de leur examen anatomique. Avant de commencer la description histologique de ces polypes, et pour éviter les répétitions, nous allons indiquer le procédé que nous avons suivi pour faire la préparation.

On fit macérer pendant 24 heures de petits fragments de la préparation dans les liquides suivants :

a). Dans une solution concentrée d'acide picrique.

b). Dans une solution de gomme arabique, de consistance mucilagineuse.

c). Dans de l'alcool à 95 degrés.

Ce n'est qu'au bout de ce temps que les fragments eurent la résistance nécessaire pour permettre des coupes fines.

Celles-ci étaient faites au moyen d'un rasoir trempé dans de l'alcool à 75 0/0, puis, pendant douze heures on les mit dans de l'eau distillée pour enlever l'acide picrique et la gomme arabique, et permettre la coloration des pièces au moyen du carmin neutre et de la purpurine. Celle-ci permet de reconnaître les muscles lisses qu'elle colore en rouge orange sans altérer le tissu conjonctif fasciculé.

Outre ces éléments, la purpurine colore de la même façon les noyaux des éléments granuleux et avec une intensité moindre, leur protoplasma et les noyaux des autres éléments cellulaires. Pour l'examen microscopique, les pièces colorées au carmin étaient mises dans de la glycérine légèrement acide.

Glycérine } ãã 15 grammes.
Aq. dist. }
Acide acétique concentré 5 gouttes.

Les pièces colorées avec la purpurine étaient mises dans de la glycérine pure.

Notre examen nous fit partager les 10 cas en deux groupes. Le premier renferme 7 cas de polypes, provenant de la rétention de fragments du placenta fœtal, ou du tissu de la caduque; 6 appartiennent à la première catégorie et 1 à la deuxième.

Relativement à l'âge de la grossesse, ces 7 cas se divisent ainsi : 1° 1 polype placentaire dû à la rétention d'un reste de caduque dans un avortement de trois mois ;

2° Des polypes sous forme de débris du tissu placentaire.

2 après avortement de 3 mois.
2 — 4 —
1 — 5 —
1 après accouchement à terme.

Le second groupe comprend 3 cas de polypes placentaires résultant d'une altération profonde de la paroi sur laquelle s'insérait le placenta, et particulièment de la couche musculaire, il n'existait aucune rétention de portion du placenta. Ces polypes se sont rencontrés :

1 après avortement de 5 mois.
1 après accouchement prématuré.
1 après accouchement à terme.

Pour justifier le classement en deux groupes, nous allons successivement donner le résultat de leur examen histologique.

Le premier groupe remarquable est caractérisé par des altérations pathologiques siégeant soit dans le tissu de la caduque, soit dans les villosités. Elles consistent surtout en une inflammation chronique du tissu décidual (sérotine). Ce processus en général a pour caractère le développement d'un tissu fasciculé intercellulaire, et son extension en réseau. En même temps que ce altérations inflammatoires conservent le caractère indiqué,

elles le présentent encore à différents degrés en ce qui concerne l'aspect, le caractère du tissu fasciculé intercellulaire et celui des cellules de la caduque.

Le tissu intercellulaire consiste tantôt en un fin tissu conjonctif fasciculé en faisceaux minces, sans direction bien déterminée, s'entrecroisant mutuellement, ou bien il se présente sous la forme d'un tissu conjonctif sclérosé à gros faisceaux. Le siége et la disposition des cellules déciduales varient dans le premier genre de tissu conjonctif; les grosses cellules déciduales bien conservées sont tantôt disséminées, c'est-à-dire isolées dans le tissu fasciculé, et contiennent parfois deux noyaux; ou bien elles sont en groupes de cellules de forme et de grosseur différentes, d'abord de cellules caduques avec 1 ou 2 noyaux, puis de cellules à noyaux ovoïdes qui sont 2 ou 3 fois plus grosses que les corpuscules blancs du sang. Les cellules des petits groupes sont aussi séparées par un tissu conjonctif fasciculé, mais moins abondant. Celles qui constituent les groupes paraissent, d'après la distribution des noyaux et la présence de formes transitoires, être le produit de la prolifération des cellules de la caduque. Le tissu intercellulaire forme des gros faisceaux, à direction plus ou moins parallèle. Çà et là on remarque parfois entre les gros faisceaux des fibres brillantes disposées en spirale; les cellules de la caduque placées entre les plus gros faisceaux offrent tous les stades de la métamorphose régressive, l'altération consiste tantôt en un protoplasma finement granuleux, qui masque les noyaux, tantôt dans le peu de netteté des contours et la disparition des noyaux. Les cellules ainsi altérées sont en général isolées, elles sont rarement en groupes; mais dans ces cas, elles ont aussi les mêmes caractères d'altération.

Ce n'est pas seulement la disposition variable des cellules qui caractérise la forme réticulée, mais encore leur aspect différent, car le protoplasma chez les unes n'est pas altéré, tandis que chez les autres il est en régression sous forme de dégénérescence graisseuse. Dans une même préparation, le tissu intercellulaire est également variable, tantôt fasciculé, tantôt sclé-

rosé. Dans un cas, nous avons trouvé à côté d'une altération profonde du tissu décidual des points dans lesquels le tissu intercellulaire était homogène. Par leur aspect, les cellules qu'y s'y trouvaient ressemblaient aux pseudo-acini des tumeurs dites perlées. L'altération régressive de ces cellules consistait en un protoplasma finement granulé sans noyau. Deux fois seulement nous vîmes d'autres altérations du tissu décidual ; elles consistaient en des extravasations. Elles s'étendaient entre quelques cellules, ou bien elles divisaient des parties entières du tissu. Elles peuvent survenir primitivement dans le tissu décidual normal, aussi bien que secondairement à la suite de son inflammation.

L'altération des villosités avait un caractère régressif. Tout d'abord elle atteignait l'épithélium, dont les cellules devenaient granuleuses; le noyau s'effaçait, mais les contours de quelques cellules pouvaient encore se distinguer, plus tard ils disparaissaient comme les noyaux. L'épithélium ainsi altéré prenait la forme d'une zone finement granuleuse recouvrant les villosités. Enfin cette zone même disparaissait et le stroma des villosités se trouvait en contact immédiat avec la fibrine. Dans un cas, il y avait entre l'épithélium altéré de la villosité et le stroma une trainée de cellules fusiformes légèrement gonflées, que nous avons considéré comme constituant un endothélium sous-épithélial.

L'altération régressive atteignait encore les cellules du stroma de la villosité; le protoplasma devenait granuleux, le noyau indécis; enfin le protoplasma se résolvait en une masse finement granuleuse, qui conservait sa disposition d'après les contours des cellules antérieures. L'endothélium des vaisseaux des villosités se gonflait jusqu'à destruction complète, si bien que les vaisseaux n'étaient plus visibles dans les villosités. Enfin, dans des cas très avancés de régression on observe une dégénérescence graisseuse du stroma de la villosité. Les faisceaux ne sont plus bien distincts par suite des troubles qui existent. Quant au degré de l'altération régressive, il semble être lié à celui de l'inflammation du tissu décidual; nous avons trouvé

une dégénérescence graisseuse du stroma quand l'inflammation était considérable.

Les polypes placentaires du deuxième groupe résultent d'une altération profonde de la paroi utérine au niveau de l'insertion du placenta. Cette altération est caractérisée par le développement d'un tissu conjonctif entre les amas des faisceaux musculaires, avec altération correspondante de la paroi musculaire de l'utérus. Le protoplasma est granuleux, les contours sont indécis, les noyaux invisibles, et le développement plus considérable du tissu conjonctif sclérosé s'accompagne d'une dégénérescence complète des fibres musculaires, présentant une masse finement granuleuse. Ces altérations de la paroi musculaire de l'utérus au niveau de l'insertion placentaire, sont l'indice d'une métrite chronique interstitielle, analogue à celle de l'utérus non gravide.

Ainsi donc le substratum anatomo-pathologique des polypes dans la rétention du tissu placentaire est formé par l'inflammation chronique de la caduque sérotine, avec altération régressive des villosités (endométrite déciduale placentaire chronique); et lorsque le placenta a été entièrement décollé, par l'altération inflammatoire chronique de la paroi utérine (métrite interstitielle chronique placentaire). Ce substratum éclaire l'étiologie de ces polypes. Dans le premier cas le tissu conjonctif interposé aux villosités forme un lien solide entre ces dernières et la paroi utérine, de sorte que les contractions utérines ne peuvent triompher de cet obstacle, et qu'une partie du tissu placentaire reste dans la cavité utérine, en union organique intime avec l'utérus. Nos observations ont confirmé l'hypothèse de Schröder (1) et de Myschkise (2), sur les causes de la rétention des restes du tissu placentaire.

Dans le deuxième cas, le tissu conjonctif développé dans la

(1) Uber fibrin. und placentar. Polyp. Scanzonis Beitræge. Bd, VII, 1873, S. 73, p. 34, 35.

(2) Endometr. decidualis patholog.-anatom. Bilder. Dissertat. 1878, S. 47.

paroi utérine amène une dissociation des faisceaux musculaires et des éléments particuliers, en même temps qu'une altération régressive de ces derniers; il en résulte une hernie de la partie malade de la paroi utérine dans la cavité; en effet, pendant la contraction de tout l'organe, cette portion n'y peut participer, et elle devient ainsi le point de départ des polypes placentaires qui, à un moment donné, sont parfois la première cause des hématomes. Ces altérations minutieusement constatées de la paroi utérine au niveau de l'insertion placentaire constituent le point de départ de tumeurs dont le développement doit être d'abord attribué à une atonie utérine partielle. Nos deux préparations d'utérus avec polypes placentaires, se distinguent de tous les cas analogues décrits jusqu'ici, en ce qu'à la surface externe correspondant à la tumeur il n'y avait aucune dépression; d'après l'examen histologique, cela tient à ce que le processus inflammatoire chronique se passe uniquement dans la couche interne et la couche moyenne du muscule sans toucher à la couche externe.

Quant à l'hématome de la surface d'insertion placentaire produit par l'avortement ou l'accouchement, nos observations nous font croire qu'il est dû à du tissu placentaire ou à du tissu modifié de la paroi utérine. Nous faisons cette remarque parceque Klob et avec lui Frankel, pensaient que les hématomes pouvaient être le résultat d'un dépôt de fibrine dans les veines au niveau de l'insertion du placenta. Dans ces conditions la fibrine ne peut pas persister d'une façon durable, puisqu'elle est chassée par les premières contractions, et il me paraît très difficile de croire qu'il puisse se former des polypes purement fibrineux. Des données anatomiques personnelles nous permettent de faire quelques observations cliniques sur cette matière.

Nos observations montrent que des polypes placentaires consécutifs à une rétention de tissu placentaire, peuvent se présenter aussi avant le cinquième mois de la grossesse, contrairement à l'opinion émise par Schröder, qu'à cette époque cette rétention est excessivement rare.

On trouve dans la littérature deux cas de polypes placen-

taires après un avortement de quatre mois, ce sont ceux de Lizé (1) et Säwinger (2). Dans ces derniers temps Jaquet (3) en a décrit un autre, après un avortement de trois mois.

Nous croyons que les polypes placentaires dus à des restes de placenta doivent être plus fréquents après les avortements qu'après un accouchement normal. On peut pour cela se baser sur l'existence fréquente de l'inflammation chronique du tissu décidual, résultant d'un avortement et sur la difficulté qu'il y a ensuite à extraire le placenta. Celle-ci tient à la fermeture prématurée du col qui rend impossible l'exploration intra-utérine. Ces deux causes aggravantes disparaissent dans un accouchement à terme.

Le symptôme principal de la présence d'un polype placentaire, c'est l'hémorrhagie, souvent considérable et périodique. Elle tient au développement considérable du système vasculaire au niveau de l'insertion placentaire; le polype, production anormale dans la cavité utérine, empêche la rétraction complète de l'utérus et l'oblitération complète des vaisseaux. D'ordinaire, quand il existe, les hémorrhagies apparaissent de bonne heure; mais elles peuvent aussi survenir après un avortement, plus tard qu'après un accouchement normal. Dans ce dernier cas, elles débutent par des lochies rouges, et elles peuvent devenir très dangereuses en jetant les malades dans un profond état d'anémie.

L'autre symptôme, qui n'est pas constant, consiste en des douleurs avec contraction apparaissant avec les hémorrhagies. S'il est facile de diagnostiquer un de ces polypes après un accouchement, cela devient très difficile après un avortement. La difficulté provient de l'impossibilité où l'on est d'introduire le doigt dans le col et dans l'utérus. Toutefois les signes objectifs ou subjectifs suivants peuvent nous éclairer; les hémorrhagies, les douleurs

---

(1) Schmidt's Jahrbücher, Bd. CXXIV s. 207, 1864.

(2) Vierteljah. f. d. pact. Heilk. Bd. XCVIII, s. 92, 1868.

(3) Beitræge zur Geb. u. Gynæk. herausgegeben, v. d. Gesellsch, etc., in Berlin, 1872, p. 21.

avec contraction, le volume plus considérable de l'utérus, les antécédents indiquant un avortement, peuvent autoriser à émettre l'idée d'un polype placentaire. Mais le diagnostic ne peut être établi d'une manière positive que si la cavité est devenue accessible au doigt. On peut y parvenir par l'introduction d'éponges préparées dans le canal cervical; souvent il faut avoir recours plusieurs fois à ce procédé avant d'avoir obtenu une dilatation suffisante, quand on a réussi, au cas où il existe un polype, le doigt tombe sur une tumeur de consistance dure ou élastique, à base large.

Le pronostic dépend de conditions déterminées : si le diagnostic est bien établi, ainsi que la thérapeutique nécessaire, le pronostic est favorable; dans le cas contraire les hémorrhagies peuvent amener la mort (Stafteldt). Les polypes qui sont dus à la saillie d'une portion limitée du point placentaire ne semblent pas produire d'hémorrhagies comme le cas s'est présenté à nous.

La thérapeutique n'offre aucune difficulté. Le polype sera éliminé avec le doigt, et on rejettera les instruments tels que la curette tranchante qui peut blesser la paroi utérine et devenir l'occasion de maladies chroniques dangereuses.

Nous devons encore remarquer ici que, lorsqu'on enlève un polype, on entraine avec lui un morceau de la paroi utérine altérée par l'inflammation; nous en avons vu un cas sans que cet accident ait eu une influence fâcheuse.

Pour résumer ce qui précède nous dirons :

1° Les polypes placentaires surviennent à la suite de la rétention d'une partie du placenta fœtal, après les accouchements à terme, et non après les avortements au troisième mois.

2° La retention du placenta entier après un avortement peut produire un polype placentaire.

3° Même avant le troisième mois de la grossesse un polype placentaire peut se développer par rétention du tissu décidual.

4° Le plus souvent la rétention de toutes ces parties a pour cause une endométrite deciduale (placentaire) chronique.

5° Après les avortements, les polypes placentaires doivent se former plus souvent qu'après les accouchements à terme.

6° Les polypes produits par une atonie utérine partielle proviennent d'altérations nettement constatées de la paroi utérine, sous forme d'inflammation chronique (métrite interstitielle chronique placentaire).

7° Les hématomes au niveau de l'insertion du placenta sont toujours constitués par du tissu organisé, soit par du tissu placentaire, soit par du tissu altéré de la paroi utérine.

8° La formation d'hématomes par thrombus des veines du point placentaire n'est pas suffisamment démontrée.

9° Quand il existe un polype placentaire les hémorrhagies sont caractéristiques par leur intensité.

10° Le diagnostic des polypes quand le col est fermé ne peut être suffisamment établi si on ne dilate pas le canal cervical.

11° Le pronostic dépend de conditions déterminées.

12° La thérapeutique ne comporte qu'une intervention manuelle; il faut rejeter les instruments. L'arrachement d'une partie de la paroi altérée n'est pas dangereux pour la patiente.



PLANCHE I.

Figure 1. — Utérus avec formation polypeuse produite dans les premiers ours consécutifs à un accouchement prématuré ; le placenta ayant été enlevé complètement.

***a.* Formation polypeuse.**

PLANCHE II.

Figure 1. — Préparation d un polype placentaire après un avortement de 4 mois.

a. Cellules de la caduque.

b. Corpuscules sanguins qui ont séparé les cellules de la caduque.

c. Endothelium tuméfié d'un sinus placentaire (Hartnack 3/7).

Figures 2, 3 et 4 : Villosités de ce même polype.

Figure 2. — *a*. Epithélium altéré et granuleux affectant la forme d'une zone granuleuse.

b. Endothélium sous-épithélial.

c. Cellules du stroma de la villosité avec protoplasma granuleux.

d. Cellules de l'épithélium. (Hartnack 3/7).

Figure 3. — Villosités sans épithélium granuleux.

a. Endothélium sous-épithélial.

b. Cellules allongées avec protoplasma granuleux.

Figure 4. — *a*. Vaisseau de la villosité; section longitudinaleavec endothélium tuméfié et contenu granuleux.

b. Cellules de la caduque disposées concentriquement (Hartnack 3/7.)

Figure 5. — Préparation d'un polype placentaire, après un avortement de deux mois.

a. Cellules de la caduque séparées par du tissu fasciculé.

b· Groupe de cellules de la caduque.

c. Villosités qui s'adossent au tissu fasciculé et aux cellules déciduales (Hart. 3/7.)

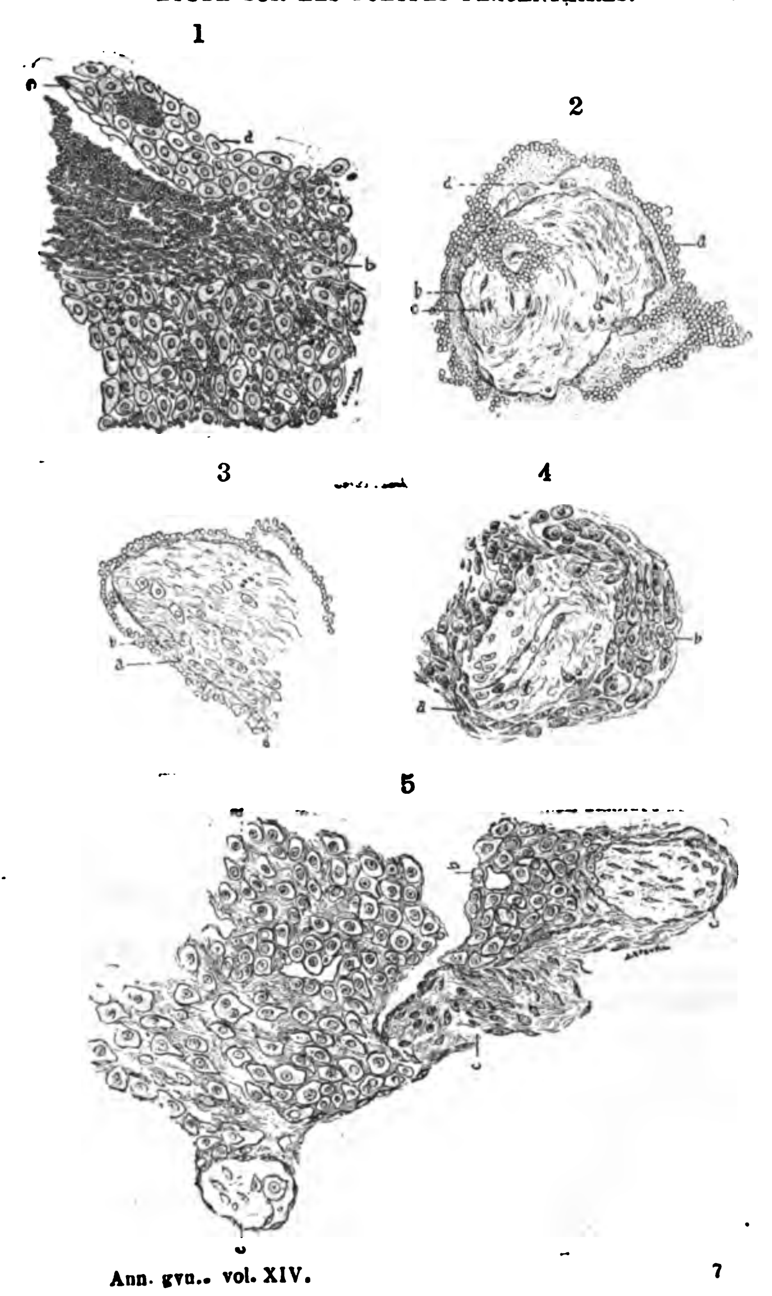

1
2
3
4
5

PLANCHE III.

Figure 6. — Préparation de la partie interne de la formation polypeuse :

a. Sinus vasculaires avec thrombus sanguin et cellulaire.

b. Cellules endothéliales tuméfiées.

c. Cellules de la caduque ou déciduales.

d. Éléments musculaires.

e. Corpuscules indifférents ou cellules embryonnaires (Hart. 3/7).

Figure 7. — Préparation de la partie moyenne.

a. Cellules musculaires diminuées avec protoplasma granuleux ; tissu conjonctif intermédiaire.

b. Vaisseau à endothélium gonflé.

c. Coupe transversale des faisceaux musculaires. (Hart. 3/7.)

Figure 8. — Préparation de la paroi d'un utérus gravide normal.

a. Coupe longitudinale des faisceaux musculaires.

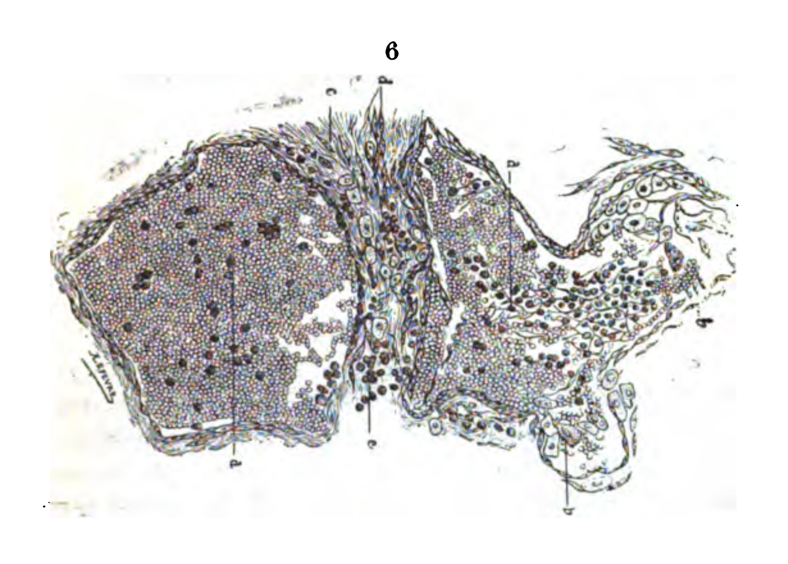
b. Coupe transversale de ces faisceaux.

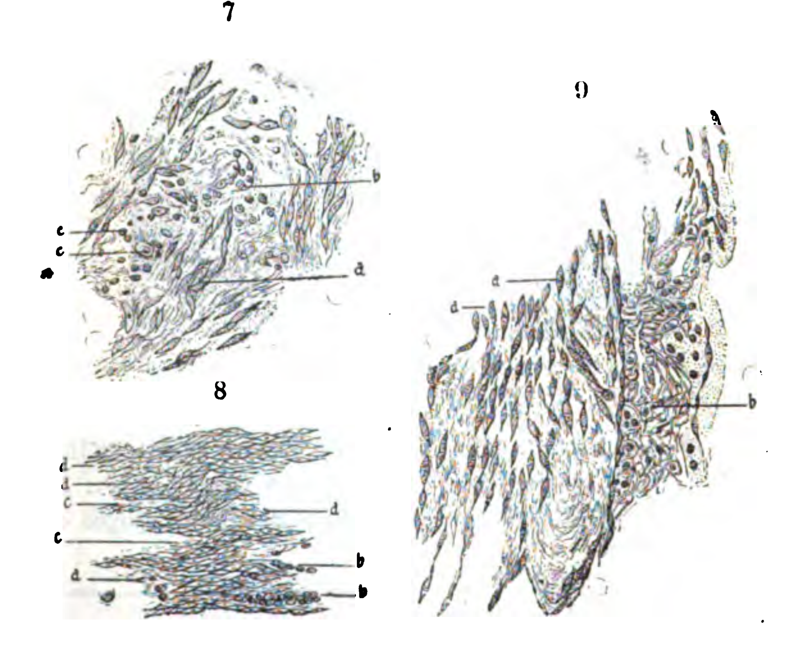
c. Tissu conjonctif interposé aux faisceaux. (Hart. 3/7.)

Figure 9. — Préparation d'un polype de la paroi utérine malade avec dépôt de fibrine.

a. Eléments musculaires en dégénérescence régressive, disséminés dans du tissu conjonctif fasciculé.

b. Fibrine avec corpuscules sanguins. (Hart. 3/7.)


6


7
b
c
c
d
8
d
d
c
d
c
b
d
b
9
a
d
d
b

RECHERCHES

SUR LA PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS GRAVIDE

Par le Dr Polaillon,

Agrégé à la Faculté de Paris,
Chirurgien de la Pitié,
Membre de l'Académie de Médecine.

(Extrait des *Archives de physiologie*).

(SUITE ET FIN) (1).

B. *Mouvements propres de l'utérus.* — En passant du repos à l'état d'activité, le muscle utérin trace une ligne oblique ascendante ; et en faisant retour vers l'état de repos par la cessation de son activité, il décrit une ligne semblable mais descendante (*fig.* 17). Ces deux lignes sont reliées entre elles par une courbe, qui établit une transition insensible entre le mouvement qui augmente et celui qui décroît. Plus rarement, au lieu d'une courbe intermédiaire, on observe un court plateau. Le point le plus élevé de la courbe ou du plateau est l'apogée de la contraction.

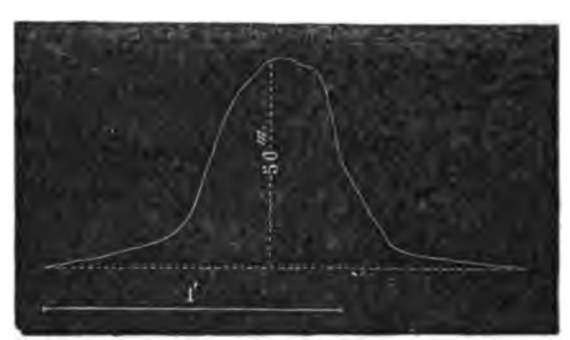


Fig. 17. — Forme de la contraction utérine ; 50 millimètres de mercure de pression.

(1) Voir le numéro de septembre.

En se succédant à intervalles réguliers, les contractions ressemblent à des ondes, séparées par des lignes horizontales, qui sont les repos de l'organe. Leur ensemble forme donc un rhythme comparable au rhythme des contractions du cœur. Mais, tandis que dans le cœur les mouvements sont rapides et saccadés, dans l'utérus tout est lent et uniforme.

Il arrive quelquefois que deux contractions empiètent l'une sur l'autre, de telle sorte qu'une nouvelle onde se produit avant que la ligne descendante de la première n'ait achevé sa course.



Fig. 18. — Contraction double.

Mais ces *contractions doubles* sont tout à fait exceptionnelles (*fig.* 18).

Le graphique des contractions utérines offre ordinairement des irrégularités nombreuses, qui ressemblent, au premier abord, aux secousses musculaires d'un muscle strié que l'on tétanise. Mais ce n'est là qu'une illusion. Toutes ces irrégularités sont dues aux mouvements accessoires étudiés plus haut. En effet, il est facile de démontrer en comptant les respirations de la femme que les petites ondulations sont synchrones avec elles (*fig.* 2) ; que si la femme parle, gémit (*fig.* 19) ou crie (*fig.* 20), que si elle se remue (*fig.* 21), il se produit immédiatement des courbes accessoires qui se surajoutent à l'onde de la contraction.

Enfin si une pression extérieure s'exerce sur le ventre, si l'enfant se meut dans le sein maternel, le levier se dévie aussitôt et trouble le tracé. De là des lignes tortueuses et des

figures bizarres, tout à fait étrangères au dessin de l'action musculaire.

Mais, quand on fait abstraction de ces déformations, on reconnaît que la contraction utérine trace toujours des lignes simples et régulières, semblables aux lignes des contractions de l'intestin, du rectum et de la vessie observées chez les animaux.

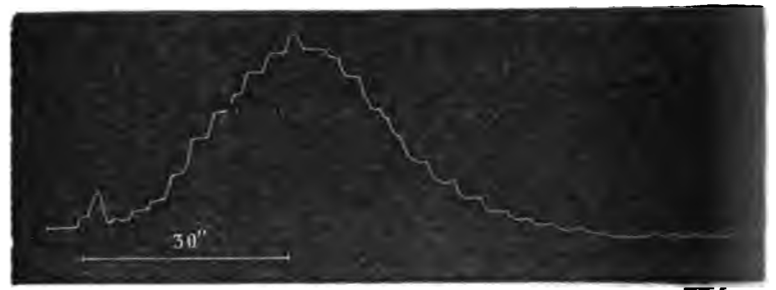


Fig. 19. — Gémissement et respiration profonde pendant la contraction.

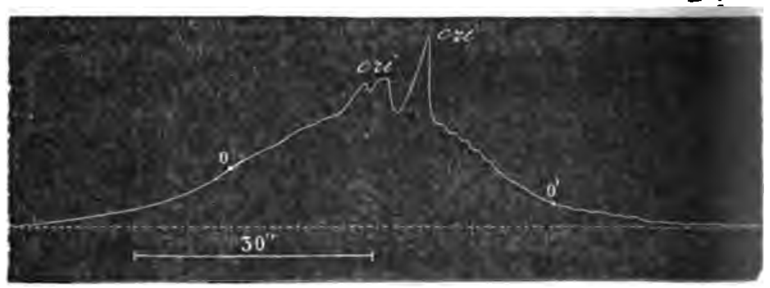


Fig. 20. — Cri pendant la contraction ; *o* commencement de la douleur ; *o'* fin de la douleur.

Le graphique de la contraction chez une femme qui reste immobile dans le décubitus dorsal est une preuve de ce que j'avance (*fig.* 22). Comme, dans ces conditions, il n'y a plus de cause de déviation, le tracé est uniforme et sans aspérités.

Enfin, il importe de savoir que la pointe du levier décrivant sur le cylindre enregistreur un arc de cercle et non une ligne droite, l'onde utérine subit une déformation par laquelle les parties supérieures du tracé se trouvent inclinées vers la droite.

Mais une correction indiquée par M. Marey (journal d'Anatomie 1866. p. 231) permet de rétablir la forme réelle de la contraction. Nous avons effectué cette correction pour éviter des résultats erronés dans les mesures que nous avons dû prendre.



Fig. 21. — Mouvements de la femme de *m* en *m'* ; respiration de *m'* en *h*.

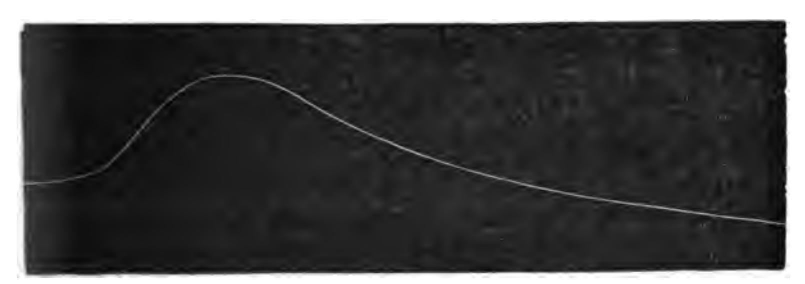


Fig. 22. — Type de la contraction lorsque la femme est dans un repos complet.

Deux phénomènes principaux caractérisent la contraction de la matrice, ce sont la *lenteur* et la *douleur*.

Tandis que le duodénum se contracte jusqu'à 18 fois par minute, que le cœcum se contracte 11 à 12 fois et le rectum 3 ou 4 fois (Legros et Onimus, *loc. cit.*, p. 47 et 48), l'utérus n'entre en activité qu'à plusieurs minutes d'intervalle et son action dure plus d'une minute.

La méthode graphique est éminemment propre à fournir une notion exacte sur le temps de la contraction, puisqu'elle donne le moment, inappréciable à nos sens, où le tracé s'élève au-dessus de la ligne des abcisses et celui où il vient rejoindre cette

ligne. En mesurant la distance de ces deux points et en calculant le temps employé à la parcourir pour une série de tracés, on obtient la *durée totale d'une contraction*. Cette durée est de 106 secondes en moyenne; par conséquent, elle est notablement plus longue qu'on ne l'indique dans les livres classiques. Mais la durée de la période d'activité du muscle, ou période ascendante de la courbe est beaucoup plus courte; elle n'est que de 38 secondes, c'est-à-dire presque le tiers de la contraction.

Il nous a semblé, en outre, qu'il n'y avait aucun rapport entre la durée et l'intensité de la contraction.

La lenteur de la contraction utérine conduit à se demander si elle ne serait pas le résultat d'une série de secousses musculaires comme dans un muscle strié tétanisé. Nous ne sommes pas encore en mesure de résoudre expérimentalement cette question. Mais la forme du tracé, si régulière et si nette, en l'absence des causes de perturbation, nous porte à penser que la contraction utérine n'est qu'une simple secousse comme la systole cardiaque.

Peu de temps après l'introduction du ballon explorateur l'utérus se met en mouvement. Les premières contractions tracées par le levier sont complètement indolores. La propriété de provoquer la douleur n'est donc pas inséparable de l'action musculaire. Elle se développe sous l'influence de cette action ; mais elle n'a jamais une durée aussi longue. Ce fait, que l'observation clinique nous a appris depuis longtemps, trouve une démonstration évidente sur les graphiques. A mesure que le levier traçait la courbe de la contraction, nous avons marqué par un trait le point où commençait et celui où finissait la douleur (OO', *fig.* 20 et 23). En relevant ensuite la distance qui sépare ces deux points pour une série de contractions, nous avons pu reconnaître qu'une contraction dont la durée moyenne est de 113" donne lieu à une douleur qui dure 53".

La douleur ne se fait sentir que 32" après le début de la contraction et elle disparaît 28" dont la cessation de celle-ci.

Tout cela revient à dire que la douleur est de moitié moins longue que la contraction. Elle commence (*fig.* 23) lorsque la

contraction a acquis un certain degré d'intensité (égale à 12 ^{mm}. 25 de mercure, dans une de nos expériences), et elle disparaît lorsque la contraction décroissante est arrivée un peu au-dessous de ce même degré (10 mill. 45).

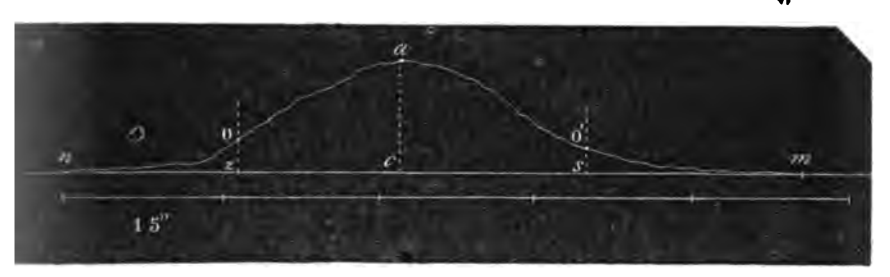


Fig 23. — *mn* Durée de la contraction *zs* Durée de la douleur. O Point où commence la douleur. O' Point où elle finit. *oz* pression mercurielle au commencement de la douleur; *os* pression mercurielle à la fin de celle-ci.

Evaluation de la force du muscle utérin. — La puissance d'un muscle est égale au poids maximum qu'il peut soulever. Elle dépend, pour les muscles striés, comme pour les muscles lisses, du nombre des fibres ou de la masse musculaire. Elle a été mesurée avec précision pour les muscles de la vie animale; mais jusqu'à présent, on manque de données sur la puissance des muscles de la vie végétative. Ce point de la physiologie de l'utérus a été l'objet de recherches aussi nombreuses que peu concordantes. Si nous avons abordé à notre tour ce difficile problème, c'est que nous possédons quelques éléments pour le résoudre.

D'une part, nous avons inscrit exactement dans un Tableau toutes les contractions qui se sont succédé pendant un temps déterminé et nous avons noté la hauteur de la colonne mercurielle correspondante à chacune de ces contractions. — D'autre part, la femme qui a été le sujet de cette observation, étant morte quatre jours après son accouchement, nous avons recueilli l'utérus et nous l'avons pesé. Cet utérus, revenu sur lui-même, était complètement débarrassé du sang qui remplit les

sinus; mais il n'avait pas eu le temps de s'atrophier d'une manière notable. Son poids devait donc représenter sensiblement le poids des fibres musculaires au moment de la parturition. Nous l'avons séparé avec soin de tous ses annexes et de son insertion au vagin et nous avons trouvé qu'il pesait 495 grammes.

Hauteur de la colonne mercurielle (pression intra-utérine déduite) soulevée par une série de contractions successives, chez une femme qui succomba à la suite de l'accouchement.

NUMÉROS des contractions.	HEURES	HAUTEUR mercurielle.	NUMÉROS des contractions.	HEURES	HAUTEUR mercurielle.	NUMÉROS des contractions.	HEURES	HAUTEUR mercurielle.
	h. m.	millim.		h. m.	millim.		h. m.	millim.
1	11 47	30	17	1 57	54	33	3 32	54
2	11 55	48	18	2 00	48	34	3 35	26
3	12 01	36	19	2 05	40	35	3 37	46
4	12 09	56	20	2 12	46	36	3 41	50
5	12 14	58	21	2 18	30	37	3 46	54
6	12 18	52	22	2 30	50	38	4 01	60
7	12 23	50	23	2 37	54	39	4 09	54
8	12 28	52	24	2 42	40	40	4 14	66
9	12 34	54	25	2 47	44	41	4 17	44
10	12 40	56	26	2 50	30	42	4 21	48
11	12 47	52	27	2 53	30	43	4 25	48
12	12 50	30	28	2 58	52	44	4 28	24
13	12 56	54	29	3 01	32	45	4 30	50
14	1 00	44	30	3 05	54	46	4 35	58
15	1 07	36	31	3 09	40			
16	1 11	24	32	3 13	50			
TOTAL.	84m.	872	TOTAL.	91m	695	TOTAL.	63 m.	682
	Interruption.			Interruption.			Fin de l'expérience.	

Au total, en 238 minutes, 46 contractions du muscle utérin ont soulevé une colonne de 2,148 millimètres de mercure.

Or ce muscle, du poids de 495 grammes, avait pendant la vie exécuté, en 4 heures (exactement 238 minutes), 46 contrac-

tions et soulevé une colonne de 2148 millimètres de mercure, ce qui équivaut à une colonne de 46 mill. 69 de mercure pour une seule contraction.

Comme la pression de 46 mill, 69 de mercure s'est exercée sur toute la surface de l'œuf, il faut multiplier l'étendue de cette surface par la hauteur de la colonne mercurielle et par la densité du mercure pour avoir une évaluation en kilogrammes de la force musculaire de cet utérus. En admettant que la surface de l'œuf (1) mesure 1400 centimètres carrés vers la fin de la grossesse, l'opération donne 88 kilogr. 244. Ce chiffre est l'expression de la *force musculaire absolue de l'utérus* ou de la *force de contraction chez la femme qui a été soumise à notre observation.*

Si l'on compare cette force à celle des muscles striés, on voit qu'elle lui est très inférieure. En effet, 1 gramme d'utérus donnerait une force de 178 grammes, tandis que 1 centimètre carré de section d'un muscle de grenouille donne, d'après Ed. Weber, une force de 692 grammes ; 1 centimètre carré de muscle humain donne, d'après Koster, 1087 grammes ; 1 centimètre carré de muscle d'oiseau donne, d'après Marey, 1200 grammes ; et 1 gramme de muscle de cerf-volant donnerait, d'après Strauss Durkheim, une force de 35 kilogrammes.

Dans une autre observation, 20 contractions ayant soulevé, dans l'espace de 1 heure, 880 millimètres de mercure, soit 44 millimètres par contraction, la force absolue de cet utérus était de 83 kilogr. 106 en supposant son poids égal à 495 grammes et sa surface interne égale à 1400 centimètres carrés. Mais comme la masse des fibres musculaires de l'utérus est variable avec chaque individu, la puissance de cet organe doit varier dans le même sens. Il y a probablement autant de variétés dans la force de

---

(1) Pour évaluer la superficie de l'œuf, j'ai pris une vessie ovoïde contenant 5 litres de liquide comme l'utérus près du terme, et, comme la surface de ce corps échappe à tout calcul, j'ai recouvert cette surface avec des carrés de papiers mesurant des décimètres et des centimètres de côté, j'ai obtenu ainsi une superficie de de 1400 centimètres carrés en nombre rond.

l'utérus chez les différentes femmes, qu'il y a de variétés dans la force des muscles de leurs membres. Pour avoir une idée suffisamment approchée de la force moyenne de l'utérus, il faudrait avoir plusieurs observations analogues à celle que nous avons pu recueillir.

Mais ce n'est pas tout, l'œuf supporte encore pendant les contractions, aussi bien que dans leur intervalle, une pression constante, la *pression intra-utérine*, que nous avons évaluée, en moyenne, à 35 millimètres de mercure. Cette pression, répartie sur toute la surface de l'œuf, serait de : 1400 c. car. × 35 mill. × 13,5 = 66 kilog. 150 gr.

En additionnant la pression produite par la contraction et la pression intra-utérine constante, on trouve que la pression totale à la surface de l'œuf pendant la contraction est de 154 kilogrammes.

Les médecins qui ont pratiqué la version, ont une notion approximative de cette énorme pression. Si l'utérus n'est pas en état d'inertie, la main ne peut glisser qu'en rampant contre la face interne de l'organe. Tout mouvement des doigts tendant à agrandir la poche utérine doit vaincre la force de tonicité des parois. Une contraction survient-elle ? la main est bientôt immobilisée par la pression accablante qu'elle supporte.

Mais hâtons-nous de le dire, la pression n'a point d'effet sur le contenu de l'œuf, parceque ce contenu est un liquide incompressible. Toutes les pressions s'arrêtent à sa surface et n'ont d'autre résultat que de tendre les parois musculaires qui le recouvrent. Les pressions n'existent pas pour le fœtus tant qu'il est entouré par les eaux de l'amnios. Lorsque les eaux se sont écoulées, le fœtus souffre indubitablement de la compression que la contraction lui fait subir. Le danger ne tient pas tant à ce qu'une pression de 46 mill. 59 de mercure, répartie uniformément à la surface de son corps, puisse contusionner ses parties ou briser ses os, mais il tient à ce que sa circulation ne soit interrompue par la compression du cordon. Une compression momentanée des vaisseaux ombilicaux n'est pas immédiatement menaçante, mais tout le monde sait que le praticien doit

veiller à ce que des contractions trop longues et trop souvent répétées n'entraînent pas l'arrêt de la circulation du fœtus et son asphyxie.

On évalue le travail d'une machine en calculant la force qui est nécessaire pour élever l'unité de poids, le kilogramme, à l'unité de hauteur, le mètre. C'est ce qu'on appelle l'unité de travail mécanique, le *kilogrammètre*. En appliquant ces données à l'utérus, nous pouvons évaluer son travail comme force motrice. Nous savons qu'un décimètre carré de sa surface interne soulève, en se contractant, le mercure à une hauteur de 46 mill. 69; par conséquent il élèvera l'eau à une hauteur de 46 mill. 69 + 13,5 (densité du mercure) ou à 63 centimètres. Ce même décimètre carré, qui élève 1 kilogramme d'eau à 63 centimètres de hauteur, n'élèvera que 630 grammes à 1 mètre de hauteur; et les 14 décimètres carrés de la surface interne de l'utérus élèveront à 1 mètre 8820 grammes; c'est-à-dire que l'utérus effectue à chaque contraction un travail de près de 9 kilogrammètres (exactement 8 kilogrammètres 820). Les 46 contractions, que nous avons observées pendent une durée de 4 heures (voyez le tableau), représentent un travail de 405 kilogrammètres. Cette force est à peu près celle qui est nécessaire pour produire une calorie, lorsqu'elle ne se transforme pas en travail (1). Or la contraction utérine rencontrant des résistances considérables au niveau du col et du bassin, n'emploie qu'une partie de sa force en travail produit, l'autre partie se transforme en chaleur. Il doit donc y avoir une augmentation de température pendant la contraction. En effet, M. Peter (Leç. de *clinique médic.* t. II, p. 692; 1879) a constaté directement, par de nombreuses observations cliniques, que le travail utérin élève la température intra-utérine de 1/2 degré.

Enfin, dans l'estimation du travail mécanique de l'utérus, il faut encore tenir compte du temps qui est nécessaire à l'accom-

(1) D'après les notions aujourd'hui admises sur l'équivalence mécanique de la chaleur, 425 kilogrammètres équivalent à une calorie, c'est-à-dire, à la chaleur capable d'élever de 1 degré un kilogramme d'eau.

plissement de son effort. Ce temps est, d'après nos mesures, de 38 secondes (voy. pag. 64). Par conséquent le rendement de l'utérus est bien inférieur (38 fois inférieur) au rendement d'un muscle strié qui peut accomplir le même effort en l'unité de témps ou 1 seconde.

Il paraît incroyable que l'utérus puisse produire une force de près de 9 kilogrammètres et soulever un poids de 154 kilogrammes à chaque contraction. Mais il faut bien savoir que *ces chiffres ne représentent pas la force qui détermine l'accouchement;* ils ne sont que l'expression d'une force latente, indispensable à calculer, si l'on veut avoir une idée de la *force spécifique* du muscle utérin.

Si, en effet, on considère la forme de l'utérus, on voit que les pressions latérales, agissant en sens opposé, s'annulent, et que les pressions du segment supérieur sont équilibrées par celles qui viennent du segment inférieur. L'organe durcit et ses parois se tendent sous l'influence de la contraction, et pendant un certain temps aucun autre effet ne se produit. Cependant, il y a dans l'ovoïde utérin des régions faibles et des régions fortes. Les régions faibles sont à la partie inférieure, où existe un orifice naturel. Les régions fortes sont à la partie supérieure, où les fibres musculaires sont accumulées en grande quantité et affectent une disposition anatomique spéciale. Or, des contractions ne peuvent se produire dans un pareil organe sans que les parties faibles ne finissent par être vaincues. A ce moment le *travail réel* commence.

Il a pour but d'effacer et de dilâter le col.

L'effacement du col reconnaît pour cause l'infériorité relative de la résistance des fibres musculaires qui l'entourent, lorsque les contractions viennent augmenter la pression intra-utérine.

La dilatation du col est le résultat de cette faiblesse de résistance, d'une part, et, d'autre part, de la force qui pousse les membranes à travers l'orifice. Cette force est égale à la pression utérine multipliée par l'aire de la dilatation. Elle s'accroît à mesure que ces deux facteurs augmentent eux-mêmes. Aussi la

dilatation, lente au début, devient-elle plus rapide à mesure qu'elle se complète. La surface de l'orifice étant de 1 centimètre carré, par exemple, la pression sur les membranes sera de 110 grammes; et lorsque l'orifice, complètement dilaté, mesurera 11 centimètres de diamètre et 95 centimètres carrés de surface, la pression qui tendra à faire franchir la tête, sera au moins de 10 kilogr. 450 à chaque contraction.

REVUE DE LA PRESSE

LES DANGERS DES MANIPULATIONS
ET DES OPERATIONS UTERINES LES PLUS SIMPLES

Par le Dr G.-T. Engelmann, de Saint-Louis (Etats-Unis).

Traduction par le Dr A. Cordes *(de Genève).*

I. *Introduction* (résumée).

Vous serez probablement surpris que je vous parle de danger à propos des manipulations de l'utérus, cet organe tant traité, et si maltraité, que je vous rapporte des cas malheureux survenus dans la pratique de mes confrères les plus capables, quand on vous raconte tous les jours des succès étourdissants, des opérations toutes plus étonnantes les unes que les autres, faites dans les cas les plus désespérés, si bien qu'on pourrait croire que l'utérus patient souffre tout ce que la chirurgie veut bien lui imposer.

Mais je n'ai pas l'intention d'exciter votre admiration, c'est à un point de vue plus pratique, plus utile, je crois, mais moins brillant et plus triste que j'ai à vous entretenir.

II. Dangers qui accompagnent les plus simples manœuvres utérines.

Toutes les manipulations de l'utérus exigent la plus grande délicatesse. Je dois m'étendre un peu sur cette question, à cause de l'emploi constant que font de la sonde et du spéculum, même de l'éponge et de la seringue intra-utérine, tous les médecins, même ceux qui n'ont pas l'expérience de la thérapeutique utérine. Ce fait est tout aussi vrai dans les centres scolaires de l'Est que dans l'intérieur des États occidentaux, où l'on n'a pas aisément un médecin consultant. Le Dr Clifton-S. Wing, dans un discours qu'il a prononcé devant la Société médicale du district de Suffolk sur les abus gynécologiques modernes, le 10 avril 1880, s'exprimait ainsi : « Il est surpre-« nant de voir le nombre de médecins, bien placés, qui ne con-« naissent pas assez les maladies des femmes, qui même ne « craignent pas d'avouer cette ignorance, quand ils parlent « avec leurs confrères, et qui néanmoins traitent leurs malades « pour des affections utérines, tout en leur laissant croire qu'ils « sont « de bonnes autorités sur ces matières ! »... Quelques-« uns qui, dans les familles qu'ils traitent, ont beaucoup de « femmes à soigner, ne savent même pas, après examen, dire « de quoi il est question! »

Combien de mal inavoué est fait par les manipulateurs malhabiles, nous pouvons le deviner, quand nous entendons le Dr F.-G. Thomas, cet opérateur judicieux et expert, nous dire que dans ses mains, il a vu la cellulite et la péritonite suivre l'application de ses pessaires; combien aussi par la sonde, le spéculum, la seringue utérine dans la main d'hommes peu attentifs, sans parler du bistouri, et cependant ils ne se font pas faute de les employer ! Je commence, cela va de soi, par présumer que nous employons les précautions ordinaires, que les instruments sont conduits par des mains adroites et que nous ne les introduisons dans l'utérus qu'en examinant toutes les condi-

tions dans lesquelles l'organe est particulièrement impressionnable :

1° Les conditions physiologiques : menstruation, grossesse, involution.

2° Les états pathologiques : inflammation locale ou de voisinage, récente ou ancienne, indurations, adhérences, etc., qui contre-indiquent certaines manipulations. Je viens de faire une allusion rapide aux dangers auxquels donne naissance une cellulite, croyant le sujet suffisamment connu, et n'ai pas examiné combien cette complication, malgré son importance, est souvent méconnue, quand elle est limitée, et combien peu, lorsqu'on l'a reconnue, on comprend ce qu'elle indique de prudence. Je dois, sur la suggestion de mon excellent ami T. A. Emmet, qui a si bien traité ce sujet dans son récent ouvrage, (2e édit. p. 289) (1) ajouter quelques mots, et je ne saurais faire mieux que d'employer ses propres expressions : « J'espère que « vous mettrez en lumière les grands dangers auxquels expose « la cellulite, que le chirurgien rencontre plus ou moins accu« sée, dans presque chacun des cas qu'il voit, en ajoutant que « quelquefois, malgré le traitement préparatoire le plus soi« gneux, toute intervention chirurgicale peut être suivie de « conséquences sérieuses. Cette inflammation est beaucoup « plus commune qu'on ne le croit en médecine, et on la né« glige aisément. *Son existence est si obscure que, pendant des « années, j'ai regardé les opérations pratiquées dans la sphère « pelvienne chez la femme comme les plus dangereuses de la « chirurgie.* »

Quelque patient que soit l'utérus, quelque tolérant qu'il soit pour les agressions (*insults*) variées et sérieuses dont il est l'objet, il est des moments, surtout pendant son activité physiologique, où il répond violemment à toutes les attaques. Ce fait est assez généralement connu pour que nous n'ayons pas à le considérer. Je demande les plus grandes précautions en tout

(1) L'auteur fait sans doute allusion à *The principles and practice of gynæcology*. La première édition anglaise date de 1879 (A.-C.).

temps; car l'emploi des instruments les plus habituels peut être suivi d'accidents sérieux, sans cause connue, même dans les mains les plus exercées.

La sonde utérine.

Je n'ai point oublié que, dans l'hiver de 1871 à 1872, le professeur Braun, de Vienne, montrait à ses élèves le passage de la sonde le long de la trompe dans un cas de grossesse extra-utérine. La nécropsie a démontré la perforation utérine faite par la sonde qui avait causé une péritonite mortelle. Le savant professeur croyait sa sonde dans la trompe, et il perçait la paroi de l'utérus. Même erreur à la clinique de Berlin, plusieurs fois répétée chez la même malade, en 1871 et 1872. La profondeur à laquelle pénétrait la sonde fit croire que l'utérus était énorme. L'autopsie, la malade étant morte de marasme, fit voir que la sonde avait chaque fois traversé l'utérus graisseux; chaque perforation était marquée par un point enflammé, prouvant le passage de la sonde à travers l'utérus friable, mais d'un volume normal.

Le Dr Emmet me dit qu'il a eu une cellulite générale, à la suite de l'introduction d'un stylet dans le canal utérin et le Dr A.-J.-C. Skene dit qu'il a vu une péritonite dans les mêmes circonstances.

Le Dr Gregory, de Saint-Louis, a vu assez souvent l'inflammation pelvienne suivre l'introduction de la sonde ou les applications locales les plus simples, à la consultation de l'hôpital, car les malades sont souvent obligées de regagner à pied leur domicile après un traitement utérin.

Le Dr Chadwick, de Boston, dit : « J'ai eu bon nombre de cas « d'inflammation causée par la sonde, l'éponge, etc., mais la « plupart de ces cas se sont produits dans mon dispensaire. »

Jusqu'ici j'ai eu assez de bonheur pour échapper à ces accidents; j'attribue ce fait en grande partie, à ce que je préfère soigner les malades chez elles, et les fais rester étendues sur

le dos quelque temps après chaque séance ; à ce que je ne passe pas la sonde sans avoir fait le toucher bimanuel, et à ce que je débute dans le traitement par les applications douces, afin de tâter la susceptibilité de la malade. Les mêmes précautions ont sans doute été observées dans les cas cités plus haut: cependant il s'est produit des accidents. La sonde est un instrument trop utile pour que nous puissions nous en passer, cependant la palpation bimanuelle, plus innocente, peut nous éviter de recourir immédiatement, dans tous les cas, à l'hystéromètre; il faut toujours commencer par elle, car elle nous donne des indications pour l'emploi de la sonde, ou en exclut l'introduction. La plus grande prudence doit diriger le premier examen.

Cas I. — Péritonite venue à la suite du replacement d'un utérus rétroversé, mobile, non adhérent.

Femme mariée, traitée par le Dr Robinson, pour de violents accès de névralgie, et qui souffrait de plus d'une rétroversion et d'ulcérations spécifiques du col. Les symptômes s'amendèrent aisément et l'érosion guérit bientôt grâce à un traitement par le protoiodure de mercure et l'iodure de potassium. Pendant cette médication, le Dr R... replaça fréquemment et sans peine l'utérus au moyen de la sonde en le maintenant réduit avec des tampons de coton placés dans le cul-de-sac postérieur. Au bout d'un mois, l'utérus se maintenant réduit, la malade fut abandonnée et fit une absence de trois ou quatre mois, pendant lesquels sa santé s'améliora.

Deux jours après son retour, elle fit de nouveau chercher le Dr R..., se plaignant d'une vive douleur dans le dos et les cuisses, survenue soudainement, après des efforts faits pour soulever ses malles et les vider. L'utérus était rétroversé, mais ne portait aucune trace de l'ancienne inflammation, ni aucune érosion. Le Dr R... replaça l'utérus, comme précédemment, sans difficulté, et lui prescrivit de rester étendue jusqu'à sa visite du lendemain. Cela se passait à 11 heures; à 4 heures il fut appelé en hâte. et trouva sa malade dans une grande prostration nerveuse, avec une forte fièvre, la température à 41,5 ou 42°, de la céphalalgie, des nausées et des vomissements; la fièvre avait été précédée par un gros frisson qui avait duré de 2 heures à 2 heures 1/2. Le Dr R... constata du ballonnement et de la sensibilité

abdominale, un peu de sensibilité autour du col. Ces symptômes diminuèrent dans les quarante-huit heures sous l'influence d'un traitement par l'opium et de fortes doses de quinine, et la malade se remit. La sonde n'a jamais été un replaceur utérin innocent.

Applications cervicales.

Cas II. — Douleur pelvienne et symptôme inflammatoire à la suite d'une application d'iode dans la cavité utérine.

La malade, atteinte de rétroversion et d'endométrite chronique, avait été soignée pendant trois semaines environ par le Dr Robinson; l'utérus était mobile, facilement réductible, et maintenu en place au moyen d'un tampon de coton glycériné ; tous les six jours, on lui faisait une application de teinture composée d'iode (1) sur le col. Deux ou trois heures après une de ces applications, la malade fut prise dans la région utéro-ovarique de douleurs violentes intenses, mais sans symptômes évidents d'inflammation, quoique la température fût élevée, le ventre douloureux à la pression, et qu'elle eût des nausées et des vomissements. Au bout de trente-six heures les symptômes s'amendèrent, sous l'influence de la quinine, de l'opium et d'applications chaudes sur l'abdomen.

Le Dr P. F. Munde, de New-York, me dit qu'il n'a eu que deux fois de la cellulite, sur plusieurs milliers d'applications d'iode qu'il a faites.

L'application de la teinture d'iode dans l'utérus a quelquefois des résultats malheureux; mais le cas suivant est très surprenant et inexplicable; il appartient au Dr Allen, et doit servir à nous rendre prudents même dans les applications les plus ordinaires, et chez des malades qui subissent fréquemment les mêmes manipulations.

---

(1)

	Iode	30
	Iodure de potassium	60
	Esprit rectifié	1000

(*Ph. Lond*: d'après Dorvault). Je n'ai pas pu trouver cette formule dans le *British Pharmac:* (A.-C.).

Cas III. — Péritonite et mort, à la suite d'une application de teinture d'iode sur le col.

Voici les détails donnés par le Dr J. M. Allen, de Liberty, sur ce cas instructif : « Mme C..., 23 ans, bonne constitution, accouche pour « la première fois en mars 1856 : elle se remet et jouit d'une « bonne santé jusqu'en décembre de la même année, où elle com- « mence à présenter des signes d'une affection utérine. L'examen « révèle une légère ulcération autour du museau de tanche et une « rétroversion apparemment causée par une métrite chronique.

« Le traitement local fut commencé aussitôt, et continué pendant « neuf mois ; pendant cette époque, elle fit des injections vaginales « avec le sulfate de zinc, l'acétate de plomb, le tannin. L'ucération fut « cautérisée avec le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure « dilué ; ce dernier remède réussissait bien, mais il fut suspendu et « remplacé par la teinture d'iode. L'état local et la santé générale « s'amélioraient rapidement, lorsque, après une de ces applications « d'iode sur le col, qu'on répétait tous les quinze jours, la malade « fut prise de péritonite et succomba rapidement, sans que rien pût « expliquer cette issue fatale. »

Cas IV. — Mort amenée par une injection intra-utérine faite pour arrêter une hémorrhagie.

Dans le courant de 1866, le Dr E. H. Gregory fut consulté par une dame de 40 ans, nerveuse, qui souffrait d'hémorrhagies fréquentes et profuses. L'examen fit reconnaître un fibroïde pariétal, et le Dr G... se décida à dilater le col, pour voir s'il pourrait l'enlever. Il se servit d'éponges, et, quand le col fut complètement dilaté, il fit mander le Dr C.-H. Pope, qui pensa que la tumeur était inaccessible aux moyens chirurgicaux. On parlait alors beaucoup des injections intra-utérines; le Dr G... voulut faire profiter sa cliente des bénéfices de cette innovation, tout en l'avertissant de ses dangers. Quand il vint la voir, le 8 décembre, elle cousait à la machine, faisant pour cela un effort que cette pauvre femme si débilitée ne pouvait que rarement faire. Il la fit passer dans la chambre voisine, et, ayant appliqué un spéculum, injecta environ deux onces de la solution suivante :

Teinture d'iode................	1
Eau........................	6

dans la cavité utérine dilatée, sans employer de force ; le liquide refluait aisément ; un instant après, la face devint pâle et anxieuse, la malade se dressa sur son séant, G... la fit recoucher, elle retomba, fit quelques efforts pour respirer, et expira cinq minutes à peine après l'injection.

Le *coroner*, le Dr Spiegelhalter, fit la nécropsie en présence des Drs Gregory, Hodge, Pope et Mangus. On ne trouva pas de liquide dans le péritoine, et la cavité utérine était si peu tachée d'iode qu'il parut douteux que l'injection y eût pénétré ; la mort était due évidemment au choc. Le fibroïde était inabordable.

Cas V. — Métro-péritonite venue à la suite d'une injection intra-utérine d'une solution chaude de perchlorure ferrique, mort.

Le Dr Théophile Parvin, d'Indianopolis, cite un cas semblable ; sa malade était une femme de 35 ans, mariée, stérile, et souffrait d'hémorrhagies dues à des fibroïdes utérins, reconnus depuis vingt ans.

Lorsque le Dr P... fut consulté, l'hémorrhagie était violente et irrésistible, et continuait même après, malgré la dilatation de la cavité et le tamponnement du col ; tous les moyens ayant échoué, il fit une injection abondante, chaude, avec une solution de perchlorure de fer au septième ; la malade tomba dans un collapsus qui parut mortel pendant une demi-heure ; elle ne se remit que pour succomber au bout de moins d'une semaine à la péritonite qui succéda.

Le Dr Skene, de Brooklyn, m'écrit qu'il a vu douze fois des coliques utérines violentes et *le choc* suivre une injection utérine faite avec précaution avec la teinture d'iode, l'eau, les solutions faibles de nitrate d'argent, et une fois une métrite, dont la malade ne se remit qu'après des années, à la suite de l'injection de teinture d'iode et d'opium, 30 gouttes de chaque.

Ces cas ne sont qu'une partie de ceux qui existent et, quoiqu'on dise, une injection liquide dans l'utérus est une manœuvre dangereuse, et ni la sonde à double courant, ni la canule à canelure, ni aucun des instruments inventés pour faciliter le retour du liquide ne peuvent en faire une méthode innocente.

J'ai débuté armé de toutes les seringues intra-utérines, mais leurs pistons sont secs depuis longtemps, quoique je n'aie en-

core eu aucun accident; il y a quelques années je me servais pourtant assez souvent de la seringue de Braun pour les injections utérines. Un col dilaté est le *sine qua non* de ces injections; mais, même quand il l'est, on lit souvent dans les observations : « Mort subite pendant l'injection du perchlorure « dans l'utérus ; hémorrhagie *post partum*, utérus pas contracté; « injection d'une solution au sixième avec la seringue d'Hig- « ginson; après quelques coups de piston, un peu de malaise, « on continua cependant l'injection, la malade poussa un cri, « devint livide, fit quelques essais d'inspiration, le pouls dispa- « rut, elle mourut. » (*Obst. Journal*, *Janvier* 1880, p. 633) (1).

Fischer, de Magdebourg, dans sa thèse inaugurale, publiée en 1879 à Halle, a compilé cinquante-quatre cas publiés de résultats alarmants ou fatals, produits par les injections intra-utérines, et les analyse avec soin, mais avec peu de sens critique (*not with the best judgment*).

C'est l'injection de l'utérus non dilaté qui est accompagnée de danger et qui n'est pas indiquée, puisqu'on a tant d'autres méthodes aussi efficaces et moins dangereuses. L'injection de l'utérus puerpéral, *post partum* ou *post abortum*, quoiqu'elle ne soit pas absolument sans danger, est un remède si précieux, — soit l'eau chaude dans l'hémorrhagie après l'accouchement, soit les solutions phéniquées dans les affections puerpérales, que nous devons négliger les très petits dangers qui les accompagnent ; je ne veux protester que contre l'injection de perchlorure dans l'hémorrhagie après l'accouchement, car elle est fort dangereuse ou pour le moins, moins utile que le badigeonnage ferrugineux ou la douche d'eau chaude.

Injections vaginales.

Chacun sait les dangers des injections utérines, mais je dirai un mot des périls auxquels expose la seringue vaginale ordinaire lorsque la femme prend la position habituelle.

(1) La citation n'est pas textuelle quoique l'original porte des guillemets, l'article auquel il est fait allusion est des Drs Herman et G. Brown (A.-C.).

CAS VI. — Douleur pelvienne interne et péritonite menaçante, après une injection faite avec la seringue de Davidson.

Mme E. T..., brune, 24 ans, bonne santé, mère de deux enfants, me consulte en 1875, pour de légères douleurs lombaires et une leucorrhée. Je trouvai la matrice un peu basse et rétroversée, et une endotrachélite, qui demandait à peine un traitement local ; je plaçai un pessaire de Hodge, et prescrivis des injections astringentes, soir et matin, avec une demi-cuillerée à café de tannin dans deux tasses d'eau. A cette époque je n'avais pas encore pris l'habitude de donner à mes malades des instructions précises sur la manière de prendre leurs injections.

Mme T...,comme la plupart des femmes, faisait ses injections assise sur un vase, avec une seringue de Davidson. Un soir,vers 10 heures, je fus appelé en hâte par son mari, fort inquiet. La malade, pendant qu'elle s'injectait, avait été prise d'une douleur violente et soudaine, avec colique utérine,suivie de souffrances aiguës. Je trouvais Mme T... fort angoissée, le ventre un peu distendu, très sensible au palper, surtout dans la région utéro-ovarique, le pouls rapide et petit, avec des douleurs spasmodiques.L'injection de 1 centgr., de sulfate de morphine ne lui procura que peu de soulagement. Avec des applications abdominales chaudes et quelques doses de 12 milligr.d'opium, j'arrivai à calmer la douleur, et, après minuit, la malade obtint un sommeil agité. Le lendemain elle était brisée et resta dans son lit ; elle ne tarda pas à se remettre.

Il n'est pas douteux que quelques gouttes du liquide ont pénétré dans l'utérus. Depuis lors, je fais toujours obturer l'orifice central de la canule, et fais prendre à mes patientes une position demi couchée, qui est moins fatigante et plus avantageuse au point de vue du lavage du col et du vagin qui retient mieux le liquide.

La position assise ou accroupie sur un vase est très fatigante, souvent dangereuse, et neutralise une partie des bons effets de l'injection. (Voyez à ce sujet l'excellent article de C. Dudley, de Chicago : *La douche vaginale chaude; quelques-unes des raisons pour lesquelles elle échoue généralement. Chicago med. Gaz.* 5. janvier 1880.

CAS VII. — Injection vaginale, suivie d'une métro-péritonite grave ; rétablissement incomplet.

Le cas suivant s'est produit dans la pratique du Dr E.-C. Evans, de Sedalia, Mo..., il y a près de douze ans. Une dame de 30 ans environ, mère de trois enfants, se faisait des injections pour une leucorrhée, avec de l'eau tiède, au moyen d'une seringue de Matiston, en s'asseyant sur son pot. En prenant une de ces injections, elle fut saisie d'une douleur intense, elle leva les bras et tomba par terre dans une convulsion ; c'est dans cette position que la trouva le Dr Evans. Les convulsions continuèrent, avec la perte de connaissance, de 9 heures du soir à 10 heures du matin. Puis se déclara une métro-péritonite aiguë, qui pendant dix jours environ mit en grand danger les jours de la malade. Elle finit par se rétablir, mais elle n'a jamais été robuste depuis lors et est restée délicate à la suite de cette malheureuse injection.

Ce cas donna au Dr Evans l'idée de boucher l'ouverture centrale de la canule, et depuis qu'il le fait faire, il n'a pas eu d'autres accidents de ce genre.

Ces cas, que l'on pourrait citer à l'infini, suffisent à montrer que la plus simple manœuvre, une douche vaginale, n'est pas sans danger, et qu'elle doit être surveillée et faite avec prudence.

Pour parer aux dangers des injections vaginales, faites comme on les fait ordinairement, je recommande à mes malades :

1° De boucher le trou central de la canule.

2° De s'étendre horizontalement ou à peu près, en relevant les genoux.

3° De ne jamais faire une injection violente, que l'eau vienne d'une fontaine ou d'une seringue.

(*A suivre.*)

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LES TUMEURS MALIGNES DU SEIN
CHEZ LA FEMME

Par le professeur J.-A. Estlander.

Traduit du suédois d'après le manuscrit de l'auteur par le Dr L. Thomas,
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

Le cancer du sein est certainement un de ceux que l'on rencontre le plus souvent. Dans chaque clinique, on en opère au moins quelques-uns chaque année; il est probable qu'il en a toujours été ainsi depuis qu'il existe des cliniques, car l'extirpation d'un noyau cancéreux ou même de toute la glande malade ne constitue point une opération nouvelle en chirurgie. On pourrait penser que la science a eu tout le temps nécessaire pour se fixer sur la question de savoir quand et dans quels cas on doit intervenir, ou si cette intervention est nécessaire en thèse générale; et pourtant on trouve, même sur ces points, les opinions les plus dissemblables. Tandis qu'un chirurgien veut qu'on enlève sans exception les tumeurs malignes de l'organe tant que les malades sont opérables, un autre restreint les indications à des cas peu nombreux, l'un croit l'ablation salutaire, l'autre n'accorde le plus souvent aucune confiance au traitement.

Des divergences aussi grandes viennent de ce qu'il y a dans la science une lacune que les médecins doivent combler avec leur expérience personnelle, assujettie naturellement à mille hasards. Pour ce qui regarde la chirurgie du cancer mammaire, cette lacune est telle que, même avec les travaux qui lui sont spécialement consacrés, nous ne connaissons pas en général les résultats des traitements opératoires et nous sommes moins

(1) Extrait de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 10 août 1880.

renseignés sur leur valeur dans telle ou telle forme clinique diagnosticable.

On trouve bien quelques auteurs qui ont donné diverses indications en ce sens; mais il n'y a pas, je crois, d'autre statistique complètement scientifique que celle qu'a publiée Winiwarter en utilisant les matériaux de Billroth. Elle a beau être complète et avoir été faite avec tout le soin possible, elle n'est fondée que sur la pratique d'une seule personne; ses chiffres ne viennent que d'un seul endroit. De plus, ils sont relativement faibles et ne visent que le carcinome du sein dans sa totalité. Une statistique sur les différentes variétés, et comprenant le squirrhe atrophique et le cancer en cuirasse, nous fait absolument défaut. Pourtant le but immédiat de la science dans cette voie devrait être la connaissance des formes du cancer vrai et des particularités qui leur sont propres. Si nous savons peu de chose sur le carcinome, nous savons moins encore sur le sarcome mammaire, parce que des statistiques sérieuses sur cette variété ont été à peine ébauchées. On comprend aisément que beaucoup de travail soit nécessaire pour combler une telle lacune. Le présent mémoire, donnant les résultats de mon expérience depuis vingt ans comme particien et professeur de clinique chirurgicale, peut être considéré comme une contribution à cette étude.

L'expression cancer du sein comprend dans son acception la plus large toutes les tumeurs malignes, parmi lesquelles on trouve des sarcomes en même temps que des cancers vrais. Il y a quelques années, on confondait ces productions; même dans ces derniers temps, on ne s'est guère attaché à les distinguer, parce que cette distinction n'a qu'une faible importance au point de vue clinique. Je tâcherai pourtant de la faire dans la suite; mais je ne m'appuierai point exclusivement pour cela sur les nuances anatomo-pathologiques, car elles n'intéressent guère les particiens quand elles ne sont pas accompagnées de différences symptomatiques correspondantes. Je tâcherai de démontrer que même à ce dernier point de vue les variétés en question sont absolument distinctes. Comme le *cancer*, entendu

dans un sens restreint, est plus important que le sarcome et par sa fréquence et par sa malignité, c'est par lui que je vais commencer.

Carcinome de la mamelle.

Ce nom est généralement employé aujourd'hui pour tous les cancers. On le retrouvera dans beaucoup des observations qui vont suivre; cependant j'ai tâché d'indiquer le plus souvent possible la variété; j'ai fixé surtout mon attention sur le squirrhe atrophique, sur le squirrhe cutané que Velpeau appelle *en cuirasse* ou *tégumentaire*, et quelquefois sur le squirrhe rayonné, présentant des prolongements dont l'extirpation complète est difficile. J'ai moins insisté sur les autres variétés de Velpeau, car leurs limites me paraissent moins nettes et leurs caractères moins tranchés.

Les matériaux sont trop peu nombreux pour donner des chiffres suffisants pour des subdivisions; mais, tels qu'ils sont, ils nous fourniront un certain nombre d'éclaircissements tout à fait dignes d'intérêt.

Jamais on ne reconnaît mieux la vérité de ce vieux proverbe: « Les temps changent et nous changeons avec eux, » que quand on parcourt des notes que l'on a prises depuis vingt ans. Souvent, ce qui vous avait le plus frappé alors vous paraît puéril; en revanche, vous ne trouvez rien des points qui aujourd'hui vous intéresseraient: les mêmes noms ne sont plus applicables, parce que les formes morbides auxquelles ils correspondaient ont été désignées par des qualifications nouvelles ou parce qu'elles ont complètement disparu de la nosologie. C'est à cause de cela que les observations des premiers temps sont assez peu détaillées; c'est également le cas pour un certain nombre d'autres se rattachant à la période intermédiaire; et, ce qui est pis, des faits nombreux que j'ai vus pendant ce temps sont perdus; il n'y a sur eux que des notes insuffisantes soit parce que je les ai observés dans ma pratique particulière, soit parce que les

malades ne sont pas entrées à l'hôpital, soit parce qu'elles n'étaient pas opérables, ou par toute autre raison.

Il eût été plus simple sans aucun doute de réunir les documents en tableaux; les observations incomplètes eussent été moins frappantes. J'ai pourtant préféré les donner *in extenso*. Certaines particularités intéressantes sont absolument perdues quand on fait tout rentrer dans des tableaux. De plus, il peut arriver qu'un autre tire de mes observations complètement détaillées des conclusions différentes des miennes.

Voyons-les maintenant d'après l'ordre chronologique :

Obs. I. — E.-K. Silvius, 45 ans, veuve de Wichtis, est venue à la Clinique chirurgicale le 5 avril 1860, pour un squirrhe des téguments de la mamelle droite, qui, d'après elle, aurait débuté vers le 1er septembre de l'année précédente. La peau du sein et du voisinage est raboteuse, dure et épaisse comme du cuir; de plus dans l'étendue de cette partie dégénérée, on trouve de nombreux noyaux cancéreux dans la peau. Les ganglions de l'aisselle sont hypertrophiés ; la dégénérescence s'étend au loin ; comme il s'agit bien du squirrhe en cuirasse de Velpeau, la tumeur est essentiellement un *noli me tangere*, dont la marche ne pourrait être en aucune façon retardée, mais accélérée par l'opération. Je refusai donc d'intervenir, malgré le bon état général ; cette personne quitta l'hôpital le 11 avril ; et elle succomba aux progrès de sa maladie le 23 juillet suivant.

Obs. II. — L. Rikberg, 48 ans, célibataire de Kangasala, remarqua pour la première fois sa maladie au printemps de l'année 1858 et le 18 avril 1859 ; elle fut opérée pour la première fois à la clinique chirurgicale ; elle fut reçue de nouveau le 18 septembre 1860 et opérée le 21 du même mois pour un carcinome de la mamelle gauche. Elle sortit le 21 décembre ; la plaie de l'opération était presque cicatrisée ; elle mourut de récidive le 8 janvier 1862.

Obs. III. — A.-L. Bjorkmann, 44 ans, femme d'un pilote de Hango. Jamais de cancer dans sa famille ; pendant l'automne de l'année précédente, elle s'est aperçue de la présence d'un noyau dans le sein gauche. Elle demanda à entrer à l'hôpital le 15 novembre 1860, parce que le noyau devenait douloureux et augmentait beaucoup de volume.

L'état général est satisfaisant, et les ganglions de l'aisselle ne paraissent pas pris. Outre le noyau, qui a la grosseur d'une noix, on trouve dans la peau plusieurs points indurés.

Le 21 novembre, j'extirpe le tout sans faire une trop grande perte de substance de la peau ; mais avant la guérison complète de la plaie, de nouveaux noyaux cancéreux s'étaient développés, et, après une tentative infructueuse pour l'enlever, la malade sortit non guérie le 11 mai 1861. Après son retour chez elle les tumeurs de la peau augmentèrent et un autre noyau se montra dans le sein droit, de sorte que la dégénérescence s'étendit presque tout autour du thorax ; une dyspnée très prononcée s'ensuivit et la malade succomba à la fin du mois de janvier de l'année 1862.

Obs. IV. — U. Thorvigge, 49 ans, veuve d'un marin de Kazis, a remarqué pour la première fois en novembre 1859 une augmentation de volume du sein gauche. Peu à peu, la tumeur grossit, et elle vint demander son entrée à la clinique le 2 avril 1861. On porta le diagnostic squirrhe mammaire et on opéra le lendemain; elle sortit convalescente le 25 mai. Elle mourut de récidive le 31 juillet 1862.

Obs. V. — M. Rosell, 72 ans, veuve d'un veilleur aux incendies de Heinola, reçue à la clinique chirurgicale le 16 juillet 1861 pour un carcinome de la mamelle gauche, opérée le 20 du même mois, sort le 3 octobre suivant, la plaie de l'opération presque guérie; elle meurt de récidive un an plus tard le 3 octobre 1862.

Obs. VI. — U. Hammenius, 53 ans, femme d'un paysan de Nurmijarvi, raconte que depuis 1850 elle avait dans le sein droit un noyau qui devint pour la première fois douloureux pendant l'été de l'année 1861, et se mit à grossir rapidement. Au moment de son entrée, on diagnostiqua un squirrhe atrophique de la mamelle droite (2 février 1862); opérée le lendemain, la guérison eut lieu, et elle était complète le 24 mars, jour de la sortie de la malade ; mais, pendant la cicatrisation, il s'était développé divers noyaux squirrheux au voisinage de la cicatrice et dans l'aiselle. Elle mourut de récidive le 28 août de la même année.

Obs. VII. — M. Benvik, 49 ans, veuve d'un sous-officier de Wasa, a remarqué à l'époque de Noël 1862 un gonflement de la peau de la

partie supéro-externe du sein droit. Peu à peu, cette tumeur augmenta de volume et en même temps s'étendit à toute la mamelle et à la région du voisinage. Un mois avant son entrée, elle a commencé à maigrir et à perdre l'appétit. Peu après, le bras droit se tuméfia ; la tumeur, qui jusqu'alors no l'avait pas inquiétée, devint douloureuse et s'ulcéra. Elle entre le 13 septembre 1863 ; c'est une femme de taille moyenne, légèrement amaigrie, ayant le teint pâle, jaune-paille. Rien dans les viscères ; les téguments sur le sein droit, et à plus d'un pouce autour de lui jusqu'à 1 pouce 1/2 au-dessus de la ligne médiane, ont une coloration foncée ; ils sont durs et rugueux ; orifices des glandes de la peau dilatés. Sur les téguments du voisinage, petits noyaux rouge brun, durs et isolés. On ne saurait déterminer s'il s'il existe une tumeur dans le sein aplati et rétracté. L'induration s'étend dans le creux axillaire, de sorte que les ganglions ne peuvent pas être distingués, le muscle grand pectoral correspondant est saillant et plus dur que son congénère ; au-dessus de la clavicule, il existe un paquet de ganglions tuméfiés qui remonte jusqu'au milieu du cou. Dans l'autre creux axillaire on trouve également un paquet volumineux de ganglions envahis. On porte le diagnostic squirrhe des téguments de la mamelle droite et des ganglions de l'aisselle. Naturellement, il ne peut être question d'opération ; la malade quitta le service le 17 septembre et succomba le 13 novembre suivant.

Obs. VIII. — S. Pichl, 53 ans, femme de ménage d'Aabo, avait depuis une dizaine d'années une tumeur du sein droit qui était survenue à la suite d'un choc violent contre une barre de fer. Dans ces derniers temps, le volume avait augmenté, et une ulcération s'était faite cinq semaines seulement avant l'entrée de la malade à l'hôpital, le 26 octobre 1863. A ce moment, c'est une personne vigoureuse et très solidement bâtie ; l'état général est bon, elle a conservé ses forces ; tous les viscères sont sains. Dans le sein droit on trouve une tumeur plus grosse qu'un œuf de poule, de forme noueuse, de consistance solide, sans adhérences avec la paroi thoracique. La peau est rétractée et s'ulcère au niveau de la dépression formée par la tumeur sur le côté externe du thorax. Comme aucun ganglion axillaire n'est envahi, j'extirpe le 28 octobre ce *squirrhe atrophique* d'un aspect tout à fait favorable ; quelques jours plus tard, un érysipèle survient au voisinage de la plaie et se transforme en érysipèle ambulant ; cette maladie dura plusieurs semaines sans qu'on pût l'arrêter, parce que la constitution

médicale régnant dans l'hôpital était à ce moment extrêmement défavorable. Les forces de la malade diminuent peu à peu : des accidents de décubitus se développent, et elle meurt d'épuisement le 22 décembre 1863.

OBS. IX. — Cl. L...r, 42 ans, célibataire de Lovisa. Jamais de cancer dans sa famille. Trois mois avant son entrée à l'hôpital, elle a remarqué un petit noyau dans le sein gauche. Elle en attribue l'origine à un coup de manche de balai qu'elle a reçu quelque temps auparavant. Elle se plaint beaucoup depuis quelques semaines d'élancements continuels dans cette tumeur.

Au moment de son entrée, le 1er mars 1864, on trouve dans le sein gauche une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, présentant la consistance et la mobilité imparfaites qui caractérisent les squirrhes; les ganglions de l'aisselle ne sont pas pris. Le lendemain, pendant l'opération, le diagnostic *squirrhe* de la *mamelle gauche* est confirmé. La cicatrisation, se fait bien de sorte que la malade sort guérie le 23 mars.

Le 1r juin 1855, elle se présente de nouveau à l'hôpital; je trouve que la cicatrice est linéaire et mobile ; il n'y a pas de récidive dans ses limites, mais en passant la main sur le muscle pectoral, je trouve un peu au-dessus de creux axillaire, une tumeur de la grosseur d'une noisette, mobile et causant de temps en temps de violentes douleurs; j'invite la malade à revenir aussitôt que possible, mais elle ne se présente que le 22 mars 1866. La tumeur, qui a notamment augmenté pendant cet intervalle, est enlevée le 24 ; c'est un squirrhe ordinaire.

L'opérée peut sortir entièrement guérie le 11 juin ; les ganglions axillaires n'étaient pas touchés.

Comme elle est en même temps fortement hystérique, on lui conseille de commencer chez elle à l'été un traitement hydrothérapique; à ce moment, elle se trouva très bien; mais, pendant l'automne, une jambe commença à devenir paresseuse. Au début, la sensibilité ne souffrit pas, mais plus tard elle diminua. Elle fut si mal pendant tout l'hiver qu'elle dut presque constamment garder le lit. En avril 1867, elle perdit brusquement le mouvement et la sensibilité dans toute la partie inférieure du corps; elle succomba le 12 juin 1867, après avoir eu une large eschare de décubitus. D'après le Dr d'Ursins, à la bienveillance duquel je dois ces renseignements, il n'y a eu jusqu'à la terminaison aucune trace de récidive dans le sein ou les gan-

glions de l'aisselle, quoique la malade se plaignit souvent de douleurs en ces points.

Obs. X. — A.-S. R..., 43 ans, célibataire d'Aabo. Jamais de cancéreux dans sa famille; a, depuis plusieurs années, une tumeur du sein gauche qui a mis longtemps à se développer, et qui n'a pas produit autre chose que de violentes douleurs lancinantes survenant de temps en temps d'abord, puis de plus en plus souvent. Elle entre à l'hôpital le 2 avril 1864, et son état est indiqué en ces termes : malade bien bâtie; santé générale satisfaisante; rien dans les organes internes. Dans le sein gauche, on trouve une tumeur ayant la consistance ordinaire du squirrhe, de la grosseur d'une pomme, accompagnée de rétraction de la peau, de sorte qu'à ce niveau on voit une dépression profonde. Au fond, ulcération superficielle recouverte d'une croûte. Pas d'engorgement des ganglions axillaires. Amputation du sein le même jour; on constate qu'il s'agit d'un squirrhe atrophique. La cicatrisation eut lieu sans accident, et la malade sortit guérie le 19 juin.

Quelques jours plus tard, elle revint avec une violente douleur sur le trajet du nerf sciatique gauche, qui disparut peu à peu, de sorte qu'elle put quitter l'hôpital, paraissant guérie, le 12 juillet. Elle resta en bonne santé jusqu'à l'automne suivant. Alors elle commença à éprouver des douleurs du côté droit du thorax; tout alla de mal en pis, et enfin elle eut une paraplégie complète et telle qu'il lui devint impossible de se mouvoir dans son lit. Les douleurs se fixèrent vers la partie inférieure de la cage thoracique, et elle mourut le 5 mars 1865, après avoir eu une paralysie complète de la vessie et du rectum.

Obs. XI. — Emilia Stigell, 31 ans, femme d'un fermier de Kyrhsatt. Grossesse unique deux ans auparavant. Cette personne a remarqué, un peu avant le milieu de l'été de l'année 1864, un noyau induré dans le sein gauche. Elle demande à entrer à la clinique chirurgicale le 9 septembre 1864. A ce moment, on trouve dans le sein gauche une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon et présentant les caractères ordinaires du squirrhe. Rien dans les ganglions axillaires. Le même jour, ablation de la tumeur et d'une partie de la glande; elle sort le 8 octobre, la cicatrisation étant presque complète.

Elle se représente le 27 mai 1869, avec un nouveau noyau squirrheux



développé dans le reste de la mamelle. Amputation de la totalité; sort le 11 juin; la plaie est presque entièrement guérie.

14 mai 1870. Je la vois pour la troisième fois, et je trouve sur le bord du grand pectoral deux noyaux de la grosseur d'un pois et un autre un peu plus rapproché du creux de l'aisselle. Je l'engage à entrer le plus tôt possible à l'hôpital; mais elle n'y vient que le 14 octobre de la même année. Les noyaux extirpés ont les caractères ordinaires du squirrhe. Elle sort le 24, les trois petites plaies sont guéries.

27 octobre 1871. Elle entre de nouveau et est opérée pour une tumeur ganglionnaire de l'aisselle correspondante; elle sort convalescente le 3 novembre de la même année.

27 février 1872. Elle se fracture le fémur gauche à la suite d'une chute occasionnée par un chien couché sur le sol. Cette fracture siégeait au milieu de l'os, en un point qui pendant les derniers mois avait été douloureux, surtout à la suite des marches un peu longues.

La consolidation fut lente; pourtant, dans le cours de juin, elle pouvait s'appuyer sur cette jambe et lui faire supporter tout le poids du corps. A ce moment survint du gonflement au niveau de la fracture, puis une douleur telle que le sommeil est entravé; vers la fin d'août, elle ne peut ni s'appuyer sur cette jambe ni même la remuer. Elle entre à la maison des Diaconesses, où elle meurt le 10 mai 1873.

Je trouve seulement sur le journal la mention suivante :

« Ostéosarcome du fémur gauche; pneumonie et pleurésie chroniques du même côté. »

Obs. XII. — A.-S. Œrnstrom, 50 ans, veuve d'un pasteur de Karbeby-le-Vieux, entre à la Clinique chirurgicale pour un carcinome du sein gauche et est opérée le 25 septembre 1864; elle sort guérie le 8 novembre suivant, mais elle meurt de récidive le 28 septembre 1865.

Obs. XIII. — S.-A. Blomqvist, 47 ans, célibataire d'Aabo, entre et est opérée, le 10 octobre 1864, d'un carcinome de la mamelle gauche; elle succombe le 4 du mois suivant à la suite d'un érysipèle ambulant compliqué de pleurésie du côté opéré.

Obs. XIV. — E.-S. Morelius, 37 ans, femme d'un paysan d'Esbo, entre à la Clinique le 12 avril 1866, pour un carcinome de la mamelle et des ganglions axillaires du côté gauche; opérée le 15 du même

mois, elle sortit guérie le 23 mai et mourut de récidive le 27 novembre 1867.

Obs. XV. — U. Wasellus, 68 ans, célibataire de Strömfors, s'était frappé le sein gauche contre un tronc d'arbre dans une chute faite au printemps de l'année 1865. Immédiatement il se fit à cet endroit une induration livide; la coloration disparut; mais, un an environ plus tard, l'induration se mit à augmenter de volume, les ganglions de l'aisselle se prirent, et en mai 1867 la tumeur s'ulcéra. Reçue à la Clinique le 13 septembre, on enleva le *squirrhe de la mamelle droite* le 16, et elle mourut le 19 d'une pleurésie du côté correspondant et consécutive à l'opération.

Obs. XVI. — M.-L. Andersdotter, 60 ans, veuve d'un fermier d'Uettis, a remarqué pendant le printemps de 1866, dans le sein droit, un noyau gros comme l'extrémité du pouce, qui augmenta peu à peu en produisant des élancements constants; elle essaya de le guérir par des frictions; mais, lorsqu'elle vit que les ganglions de l'aisselle se prenaient, elle demanda à entrer à la Clinique.

11 septembre 1867. On diagnostique un *squirrhe de la mamelle droite*. Elle est opérée le même jour, traitée ensuite avec la teinture de perchlorure de fer, et elle sort guérie le 9 janvier 1868; six mois plus tard se fit une récidive dans les ganglions de l'aisselle; cette tumeur s'ulcéra, et la malade succomba dans des souffrances extrêmes le 11 juillet 1870.

Obs. XVII. — Baronne A. R...pf, 59 ans, sans antécédents cancéreux héréditaires; a remarqué, dans l'automne de 1865, une petite tumeur à la partie externe du sein droit, en un endroit, où elle s'était heurtée peu de temps auparavant contre le bord d'une porte, choc suivi d'une douleur extrêmement vive. Depuis lors, cette tumeur n'avait pas révélé son existence autrement que par une forte sensation de cuisson survenant de temps en temps. Le médecin ordinaire de cette malade, ayant déclaré que ce n'était pas du cancer, ne me l'adressa pas avant le 1er avril 1868. A ce moment, on trouve dans la mamelle droite une tumeur de la grosseur d'un œuf, mobile, présentant tous les caractères du squirrhe; la peau lui adhérait, mais n'était pas ulcérée; rien dans les ganglions de l'aisselle. Voyant que l'état général était excellent, je proposai l'opération, qui fut faite peu

de temps après. Moins d'un an plus tard, elle remarqua un peu de dureté au niveau de la cicatrice: puis les ganglions de l'aisselle se prirent, et la même année, c'est-à-dire pendant l'automne de 1870, une coloration jaunâtre de la peau se montra. Par suite de raisons religieuses, la malade regarde son affection comme incurable; elle ne s'adresse pas à moi avant que son bras droit, fortement tuméfié devienne douloureux. A ce moment, les ganglions axillaires sont tous envahis, la tumeur qu'ils forment remonte même au-dessus de la clavicule: elle adhère étroitement aux parties voisines. Il est impossible de songer à une opération. Cette malade succomba le 6 janvier 1871.

Obs. XVIII. — A. S....s, 35 ans, femme de la Finlande orientale. Jamais de cancer dans sa famille; mariée depuis treize ans; 7 enfants, sept allaitements, quatre enfants encore vivants. Peu de temps avant son premier accouchement, violente douleur au niveau des hanches; elle disparut d'elle-même quelque temps après la délivrance. Le même phénomène se présenta en mai 1861, quelque temps après son quatrième accouchement. La douleur était même plus vive que la première fois; elle présentait de violents paroxysmes et dura tout l'été; pendant ce temps, la malade éprouvait de grandes difficultés pour marcher.

A la fin d'août 1867, comme la malade venait de cesser d'allaiter son dernier-né, elle remarqua dans la partie supérieure du sein gauche une induration qui s'étendit rapidement à toute la glande: en même temps, elle ressentit dans cette région des douleurs lancinantes. Au mois de mars 1868, plusieurs ulcérations se firent à la surface du sein, et au mois de juin elle se présenta à moi et réclama l'opération.

Elle était à ce moment dans l'état suivant: personne bien bâtie; état général satisfaisant; la face présente les couleurs de la santé. Enceinte de sept mois. Sein gauche induré dans sa totalité et rendu inégal à sa surface par des nodosités. Adhérences de la peau à la tumeur dans presque toute l'étendue de la glande; la partie inférieure surtout est entièrement remplie de noyaux squirrheux dont quelques-uns sont plus gros qu'une lentille. En plusieurs points de l'aréole et immédiatement auprès d'elle, plusieurs petites ulcérations à bords renversés. Pas d'adhérences entre le sein et la paroi du thorax; cependant, peu de mobilité. Les ganglions axillaires sont envahis, mais

encore mobiles; la malade se plaint d'une vive douleur dans la hanche droite et peut faire avec la plus grande difficulté quelques pas. Urine sombre, granuleuse, laissant déposer un sédiment épais. La malade désirait être opérée; mais, étant donnée l'époque de la grossesse, je résolus d'attendre le huitième mois, afin que, dans l'hypothèse de l'issue la plus défavorable, nous pussions conserver l'espoir de sauver l'enfant.

Les douleurs et la difficulté de la marche augmentèrent; la malade dut garder le lit la plus grande partie du jour. Par suite de la pression intra-pelvienne, il s'est fait un écartement des symphyses, et lorsque la malade se tourne dans son lit, les surfaces se choquent l'une contre l'autre avec un craquement perceptible. Par suite se développent de violentes douleurs en partie sur les hanches, en partie sur le trajet des sciatiques, surtout du droit, en partie sur les symphyses; un bandage de corps assez serré est placé autour du bassin, et la malade se trouve mieux. Comme les douleurs ne lui laissaient de repos ni le jour ni la nuit, l'appétit diminua, les forces s'affaissèrent, les ulcérations mammaires augmentèrent de largeur, et il devint de plus en plus difficile de faire mouvoir la glande sur la paroi thoracique. Dans ces conditions, nous résolûmes, après une consultation avec le professeur Pippingskold, de provoquer l'accouchement, ce qui fut fait par lui le 9 juillet ; l'enfant était vivant.

Après cela, les douleurs augmentèrent, de telle sorte que des doses élevées de morphine restaient sans effet. Survinrent ensuite des attaques épileptiformes, qui se répétèrent trois à quatre fois par jour ; au début, elles étaient quotidiennes; puis elles survinrent seulement, de deux en deux jours et enfin de trois en trois; elles durèrent quinze jours, à partir du troisième jour qui suivit l'accouchement. Pendant ces accès la malade perdait connaissance ; elle avait des contractions musculaires et des palpitations. L'appétit est complètement perdu ; elle a des sueurs nocturnes profuses ; l'urine est trouble, floconneuse; son état parait désespéré; cependant on obtient une amélioration graduelle par l'emploi de l'hypophosphite de chaux ; les symptômes les plus redoutables disparurent, et un mois après l'accouchement la malade pouvait être transportée dans un fauteuil.

Au moment où l'état général était le plus mauvais, les ulcères à bords renversés du sein commencèrent à se cicatriser, les noyaux squirrheux de la peau disparurent, et même les ganglions de l'aisselle diminuèrent. A la fin du mois d'août, il n'y avait plus de nodosités

cutanées ni ganglions engorgés; la plus grande des ulcérations seule ne s'était pas cicatrisée. La grosse tumeur qui occupait la totalité de la mamelle avait elle-même notablement diminué de volume. Cette amélioration locale cessa, quoique l'état général devînt de plus en plus satisfaisant de sorte qu'au mois de septembre les bords de l'ulcère recommencèrent à se renverser; il s'agrandit, et je crus devoir me rendre au désir de la malade et l'opérer.

10 septembre. — Amputation complète du sein gauche. Je dus lier une quantité anomale d'artères volumineuses et mettre à nu la paroi du thorax de la quatrième côte au sixième espace intercostal. Je dus même disséquer en quelques points les muscles intercostaux externes. Par suite de l'étendue de la perte de substance, les bords ne furent pas réunis et on laissa la plaie bourgeonner. La tumeur était un squirrhe de consistance assez faible et présentant un stroma conjonctif un peu moins riche que de coutume. La plaie guérit sans accident, et le 15 octobre la malade put retourner chez elle; son état était à ce moment très-satisfaisant; elle pouvait marcher sans difficulté dans sa chambre; de l'énorme perte de substance nécessitée par l'opération, il ne restait plus qu'une plaie superficielle, longue de 2 pouces, large de 1/2 pouce; elle guérit complètement peu de temps après son retour. A l'époque de Noël, l'ulcération se rouvrit; les ganglions de l'aisselle s'étaient rapidement pris; elle avait à ce niveau et dans le bras correspondant une douleur très vive, ses forces diminuaient; elle mourut le 11 mai 1869. L'enfant vit; il est petit, mais se porte bien.

Obs. XIX. — A.-G. Elfving, 52 ans, domestique d'Ardiala, remarqua au commencement de 1867 qu'elle avait au sein gauche une petite tumeur à peu près indolente au début, et qui se développait lentement. Il y a quelques semaines, elle devint sensible et douloureuse, puis s'ulcéra; depuis lors, les douleurs ont beaucoup augmenté, et elle a demandé à entrer à la Clinique le 4 janvier 1869. La tumeur est mobile et de la grosseur d'un petit œuf; toutes les probalités sont en faveur du diagnostic *squirrhe de la mamelle gauche*. Rien dans les ganglions axillaires. Avant qu'on puisse l'opérer, un érysipèle se développe autour de l'ulcération, puis se transforme en érysipèle ambulant et l'enlève le 21 janvier 1869.

Obs. XX. — H.-M. Grangvist, 27 ans, femme d'un marchand de Nastola, remarqua pendant l'été de 1867 qu'elle avait un

petit noyau induré dans le sein droit. Elle demande à entrer à la Clinique avant que la tumeur soit ulcérée et que les ganglions de l'aisselle soient envahis.

5 mars 1869. — On diagnostique un *squirrhe de la mamelle droite*, diagnostic vérifié après l'extirpation de la tumeur et d'une partie de la glande. Elle sortit sur sa demande le 17 mars; la plaie était complètement guérie. Le 14 novembre 1878, elle était toujours très-bien portante et n'avait pas eu la moindre récidive.

Obs. XXI. — H.-R.... r, 28 ans, d'Aland, veuve. Pas d'antécédents héréditaires de cancer. Dans les premiers jours de 1869, elle remarqua dans son sein droit un noyau de la grosseur d'un pois, qui devint douloureux dès le premier temps et s'accrut si vite qu'en quinze jours il atteignit le volume d'un noyau de prune. La malade attribue l'origine de cette tumeur au chagrin qu'elle a ressenti de la mort récente de son mari. Entrée à l'hôpital le 9 mars 1869. A ce moment, la tumeur a le volume d'un œuf de poule; elle adhère lâchement à la peau, n'est pas ulcérée. Tuméfactions des ganglions axillaires correspondants. On enlève le même jour la tumeur et la plus grande partie de la glande malade, en même temps que plusieurs ganglions de l'aisselle. On avait affaire à un *squirrhe rayonné*. Réunion par première intention. Guérison extrêmement rapide; la malade quitte le service le 5 avril, Je l'ai revue le 27 novembre 1878; la cicatrice était souple et mobile; il n'y avait aucune trace de récidive ni dans le sein ni dans le creux axillaire.

Obs. XXII. — F. Flod, 52 ans, domestique d'Helsingfors, admise le 10 mai 1869 pour une carcinome de la mamelle et des ganglions de l'aisselle du côté droit. La tumeur était ulcérée et immobile; l'extirpation complète des ganglions paraissait impossible; de plus, on trouvait des traces de généralisation; je ne crus pas pouvoir opérer, et la malade sortit le 18 mai 1869 dans le même état; elle mourut de son cancer le 19 août 1869.

Obs. XXIII. — M.-S. Talleboskis, 50 ans, domestique de Sibbo, a remarqué, un peu avant le milieu de l'été de l'année 1868, qu'elle avait dans le sein gauche un petit noyau développé sans cause connue. Lorsqu'elle entra à l'hôpital le 9 juin 1869, il avait le volume d'un œuf de poule, mais n'était point ulcéré. L'opération faite le len-

demain permit de constater l'exactitude du diagnostic squirrhe de la mamelle porté à l'entrée. Lorsque la malade sortit le 22 juin, la plaie était complètement guérie. Pendant l'été, elle se porta parfaitement ; mais, au mois de novembre, un noyau apparut dans le sein. Plus tard, il s'ulcéra et produisit des douleurs extrêmement vives ; elle succomba le 5 avril 1872.

Obs. XXIV. — M. L...e, 44 ans, célibataire de Siunda. Pas d'antécédents héréditaires de cancer (voy. obs. XXVII). Eut le sein gauche violemment heurté par les rebords d'un buffet qui tomba vers elle ; il resta à la place une induration ecchymotique. En mars 1869, elle vit apparaître une tumeur en cet endroit, et, dans le cours du mois de juin, elle s'adressa à moi. La tumeur avait le volume d'une noix et les caractères du squirrhe ; la peau avait déjà contracté des adhérences ; mais les ganglions de l'aisselle n'étaient pas pris. Je lui proposai l'opération ; mais la malade se refusa, parce qu'elle connaissait un charlatan qui lui promit de la guérir. La tumeur s'ulcéra en novembre 1870, et le 9 décembre 1872 elle mourut après de longues souffrances, avec de l'ascite et de l'œdème des extrémités inférieures (cancer du foie ?).

Obs. XXV. — M. B... n, 50 ans, d'Helsingfors, entre le 11 juillet 1869 à la Clinique chirurgicale, pour un carcinome du sein gauche ; elle est opérée le même jour ; longtemps après, elle fut atteinte d'un érysipèle ambulant, qui devint gangréneux par places ; elle succomba le 27 du même mois.

Obs. XXVI. — E.-S. Lindfors, 51 ans, femme d'un paysan de Sibbo, avait remarqué pendant l'automne de 1868 qu'elle portait dans le sein gauche un noyau induré, développé sans cause connue. De temps en temps, douleur et frisson au même niveau ; peu à peu, cette tumeur atteignit le volume d'un œuf de poule, puis elle s'ulcéra, et la malade entra à la Clinique le 11 septembre 1869 et fut opérée le 16 du même mois. La tumeur fut examinée à l'œil nu et au microscope ; on trouva que c'était un squirrhe rayonnant.

Cette malade sortit guérie le 30 du même mois.

Elle entre le 25 avril 1870 avec une récidive dans le sein et les ganglions axillaires ; elle est opérée le 2 mai et sort guérie de nouveau le 16 juin 1870. Peu après son retour chez elle, une autre réci-

dive se fait dans l'aisselle ; elle marche avec une rapidité extrême et l'enlève le 12 mars 1871.

Obs. XXVII. — M. Svan, 61 ans, femme indigente de Kyrkstätt, admise à la Clinique chirurgicale le 26 octobre 1869, pour un noyau cancéreux développé dans le sein droit et gros comme un œuf de poule. Ce noyau adhère à la peau, mais n'est pas ulcéré. Les ganglions de l'aisselle sont volumineux. Le même jour amputation du sein et extirpation des ganglions de l'aisselle. Bien qu'elle ait eu un érysipèle ambulant elle sort guérie le 2 janvier 1870.

Le 9 février 1877, elle est reçue de nouveau pour un cancer de la grande lèvre gauche. La cicatrice de l'opération précédente est souple et mobile ; pas de trace de récidive ni dans le sein ni dans la cavité de l'aisselle. Le nouveau cancer est enlevé le 15 février, et quoique la malade ait eu cette fois encore un érysipèle ambulant, elle sort guérie le 4 avril 1877, mais elle meurt le 15 janvier 1878 de récidive dans les ganglions de l'aine.

Obs. XXVIII. — K. M...n, 52 ans, de Helsingfors, est admise le 29 mai 1870 pour un carcinome de la *mamelle gauche* et *fracture du fémur*. Elle sort au mois d'août suivant, après la consolidation de sa fracture. Je n'ai pu obtenir aucun autre renseignement sur elle.

Obs. XXIX. — Ch. W. S., 62 ans, femme de Mustiala, avait, étant fille, reçu un coup sur le sein gauche, qui longtemps après était encore sensible et douloureux.

Elle remarqua qu'il lui était resté une induration en ce point. A l'âge de 45 ans seulement, elle distingua un noyau dur et inégal, un peu plus gros qu'une noix, qui pendant dix ans ne changea pas de caractère. Alors il commença à contracter des adhérences avec la peau qui se rétracta, de sorte qu'une dépression se fit sur le côté externe, juste près de la base du mamelon. Depuis lors, la tumeur et la dépression s'accusèrent davantage quoique la marche fût assez lente. En 1869, elle commença à ressentir des douleurs lancinantes ; bientôt après la tumeur s'ulcéra au fond de la dépression, et au commencement de 1870 elle s'adressa à moi. Comme l'expérience m'a démontré qu'une opération dans les cas de squirrhe atrophique ne saurait enrayer le processus dégénératif, mais qu'elle l'accélère au contraire, je refusai d'intervenir. L'état général resta le même jus-

qu'au 9 septembre 1870. A ce moment, la malade, en tombant de voiture, se heurta violemment le sein cancéreux ; la tumeur se mit à marcher rapidement, l'ulcération s'agrandit, les ganglions de l'aisselle se prirent et les forces diminuèrent si vite que vers le milieu de décembre la malade dut garder le lit ; les douleurs disparurent, mais il se fit à la surface des ganglions de l'aisselle une ulcération large comme la main. L'appétit fut entièrement perdu, de sorte que pendant les derniers jours de sa vie elle ne pouvait plus prendre que quelques cuillerées de liquides alimentaires ; elle mourut le 15 janvier 1871.

Obs. XXX. — S. Sundgist, 39 ans, femme d'un charpentier de Tallgaard, reçue le 2 août 1870 à la Clinique chirurgicale, pour un *carcinome du sein gauche* ; elle est opérée le lendemain et sort guérie le 3 septembre 1870. Malgré tout ce que j'ai pu faire, je n'ai pas réussi à obtenir d'autres renseignements sur cette malade.

Obs. XXXI. — F. M...n, 64 ans, de Helsingfors. Pas d'antécédents héréditaires de cancer. Elle a exercé le métier de brodeuse en or, de 18 ans jusqu'à 62 ans ; pendant tout ce temps, elle devait appuyer son châssis contre la partie supérieure gauche du thorax ; quelques mois avant son entrée, elle remarqua en cet endroit un noyau parfaitemant indolent.

30 mars 1870. — On constate l'état suivant : personne solidement bâtie, de bon aspect et dont la santé générale est excellente. Dans le sein gauche, noyau de la grosseur d'une fève et présentant les caractères ordinaires du squirrhe. Pas de ganglions pris. La tumeur est extirpée le même jour, et la malade sort le 9 avril complètement guérie en apparence.

30 juin 1875. — Elle se représente à la Clinique avec un noyau semblable au premier, développé en avant de l'extrémité interne de la cicatrice.

Les ganglions axillaires sont encore intacts. Ce noyau s'est développé pendant le printemps précédent, et depuis il est devenu le siège de cuisson et de douleur. Extirpé le même jour, on trouve qu'il présente les caractères ordinaires du squirrhe. La plaie de l'opération est réunie par première intention, et la malade peut quitter la Clinique le 15 juillet.

D'après une lettre que j'ai reçue le 20 novembre 1878, il n'y aurait rien eu de nouveau à cette époque.

Obs. XXXII. — M. Kennerin, 48 ans, veuve d'un employé aux contributions de Saarijärvi, admise le 13 et opérée le 15 juin 1871 d'un *carcinome de la mamelle gauche*; meurt le 7 juillet suivant d'un érysipèle développé le 2 du même mois.

Obs. XXXIII. — K.-D. Adamsdotter, 65 ans, domestique de Pernaa, reçue le 5 et opérée le 7 septembre 1872 pour un carcinome de la mamelle gauche; morte de pleurésie quatre jours plus tard.

Obs. XXXIV. — S. Sjöblad, 46 ans, célibataire de Björneborg, éprouva, à l'époque de Noël de 1872, de la douleur et de l'engourdissement du bras droit; elle remarqua en même temps dans le sein droit un petit noyau cancéreux. Au commencement de juillet 1873, elle avait tellement perdu ses forces qu'elle fut obligée de prendre le lit; et en même temps, d'après le conseil d'une de ses amies, elle mit des cataplasmes sur la tumeur, qui avait à ce moment le volume d'une pomme de terre; la peau du voisinage devint rouge, et des stries de même couleur s'étendirent vers le dos et le ventre. C'est à ce moment que la malade vint à Helsingfors et fut admise à la Clinique chirurgicale le 29 juillet 1873. On trouva un squirrhe des téguments de la mamelle et des ganglions de l'aisselle du même côté.

La malade est dans un état extrêmement défavorable, et aucune opération n'est faite; elle succombe le 1er août 1873.

Obs. XXXV. — H. Blom, 53 ans, femme d'un ouvrier d'Helsingfors, est admise à la Clinique et opérée le 23 octobre 1873 d'un carcinome de la mamelle gauche. Amputation de tout le sein. Erysipèle ambulant, pleurésie gauche, phlegmon de la cuisse droite. Mort le 29 du même mois.

Obs. XXXVI. — S. Kasemirski, 52 ans, femme d'un sous-officier de Helsingfors, entre à la Clinique le 9, opérée le 13 pour un squirrhe de la mamelle gauche apparu un an auparavant. Mort par septicémie le 15 décembre 1873.

Obs. XXXVII. — E. L...e, 51 ans, célibataire de Sjundaa, sœur de la malade de l'observation XXXIV, fut renversée par un traineau, le

27 décembre 1872, et se heurta violemment le sein gauche. A la fin du mois de mars 1874, elle vit se développer au point frappé une tumeur que j'extirpai le 2 mai suivant avec une partie de la glande. La tumeur, qui est médiane et placée un peu au-dessus du mamelon, a le volume d'une fève; pas de rétraction de la peau. On trouve que c'est un squirrhe ordinaire; rien dans les ganglions de l'aisselle. Guérison de la plaie au commencement de juillet, le 15 novembre 1878 l'état de la malade est toujours excellent; un peu de sensibilité et de cuisson, surtout au moment des changements de temps.

Obs. XXXVIII. — M.-E. Eliœdotter, 36 ans, femme d'un paysan de Suonemie, a remarqué, un an avant son entrée, une tuméfaction du sein droit, qui augmenta peu à peu de volume; mais elle n'en fut tourmentée que pendant les derniers temps, où elle devint douloureuse. Au moment de son entrée, le 8 septembre 1874, la malade est un peu amaigrie mais non cachectique. Le sein droit est tuméfié et présente la dureté de la pierre; pachydermie. Sur la tumeur et autour d'elle, petites élévations rouges, légèrement ulcérées, avec des noyaux de couleur sombre; toute la tumeur est mobile; un paquet de ganglions tuméfiés et fixes s'étend vers la clavicule, il se termine en pointe au-dessus de cet os. Dans l'aisselle, on trouve d'autres ganglions envahis et immobiles. C'est là un type du cancer des téguments de la mamelle; ne pouvant être opérée, sort le 20 et meurt le 23 du même mois.

Obs. XXXIX. — U. Bask, 67 ans, veuve d'un garde de Helsingfors, admise le 12 janvier 1875, pour un carcinome de la mamelle droite. Sort le 8 février dans le même état (incurable).

Obs. XL. — M. Andersdotter, 33 ans, femme de ménage, admise à la Clinique le 7 pour un carcinome de la mamelle droite. Sort le 9 février 1875 (incurable.)

Obs. XLI A. R...n. 54 ans, femme d'un pasteur. Sans antécédents héréditaires de cancer; quatre enfants, dont le plus jeune a 10 ans. A été un peu maladive pendant ces dernières années; elle a remarqué vers le 1er octobre 1874, une tuméfaction du sein droit, survenue sans cause connue et produisant de temps en temps de très vives douleurs et augmentant rapidement de volume. Vers le milieu de fé-

vrier les ganglions axillaires commencèrent à se prendre; à son entrée à l'hôpital le 5 avril 1875, on diagnostique un squirrhe des téguments du sein droit, un cancer du foie et une pneumonie aiguë du côté droit. La tumeur a déjà envahi toute la glande; de petits noyaux squirrheux recouvrent toute sa circonférence ; la peau est fortement sclérosée; les ganglions axillaires, très tuméfiés, s'étendent jusque sous le muscle sous pectoral. Cachexie avancée. Naturellement, il ne pouvait être question d'aucune opération. La malade sortit après la guérison de sa pneumonie, le 10 du même mois. Elle mourut le 26.

Obs, XLII. — G. Lukander, 44 ans, fille de ferme de Borgaa, sans antécédents héréditaires de cancer, avait été, de 1862 à 1871, occupée à la laiterie d'une grande propriété, et devait porter en conséquence les pesantes cruches métalliques contenant le lait, elle les appuyait toujours contre la partie supérieure du sein gauche sans en ressentir la moindre incommodité. Depuis lors, elle ne s'était plus livrée à aucun travail exerçant une action sur l'organe en question. Au commencement de l'année 1874, elle ressentit pour la première fois des picotements et de la cuisson sur le côté externe du sein gauche et dans l'aisselle, et, six mois avant son entrée à l'hôpital, elle s'aperçut de la présence d'un noyau induré à la partie supérieure de la glande. Au moment de son entrée, le 3 mai 1875, un ganglion axillaire est induré, et l'on trouve à la partie supérieure du sein gauche une tumeur mobile, grosse comme une amande. A la suite de l'amputation du sein faite le même jour, on reconnaît que c'est un squirrhe. Elle sort guérie le 14 juillet 1875, et le 24 mars 1879 j'ai revu cette malade, et j'ai trouvé la mamelle et le creux axillaire parfaitement sains et sans traces de récidive.

Obs. XLIII. — H.-E. Wikström, 40 ans, veuve de Tenala, a remarqué, vers la fin de novembre 1874, qu'elle avait dans le sein gauche une tumeur grosse comme un pois et absolument indolente; elle ne peut trouver dans ses souvenirs la moindre cause à laquelle elle puisse rattacher la maladie.

Cette tumeur grossit en produisant un peu de cuisson, de sorte que le 31 mai 1875, au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, elle avait le volume d'un petit œuf de poule. Les ganglions de l'aisselle n'étaient pas pris. On opère la malade le 2 juin, après avoir porté le diagnostic squirrhe du sein gauche ; elle sort guérie le 5 juillet 1875

La santé resta excellente jusqu'à la fin d'août 1877 ; à ce moment, une tumeur se montra dans le creux de l'aisselle. La malade rentra à la clinique le 22 décembre 1877, au moment où celle-ci recommençait à grossir, elle fut opérée le même jour, le surlendemain se montra un érysipèle, qui devint ambulant et dura jusqu'au 26 janvier 1878, jour où la malade succomba à une pleurésie récemment développée.

Obs. XLIV. — Baronne M. M...n, 46 ans, sans antécédents héréditaires de cancer, fit une chute dans un escalier pendant le printemps de 1875. Elle se heurta la partie externe du sein droit et eut à ce niveau une ecchymose. A la fin du mois d'août, elle remarqua au même endroit un petit noyau d'induration, à cause duquel elle s'adressa à moi dans les premiers jours de septembre. Je trouvai à l'endroit déjà dit une tumeur de la grosseur d'une fève et présentant les caractères ordinaires du squirrhe ; en conséquence, je proposai l'opération. Le 15 septemble la tumeur fut enlevée, en même temps que le quart environ du sein ; elle fut examinée au miscroscope par le professeur Asp, on trouva que c'était un squirrhe ordinaire sans prolongements. Pendant la cicatrisation survint une légère atteinte d'érysipèle, de sorte que la guérison ne fut complète qu'au bout de dix semaines. J'ai eu l'occasion de revoir cette malade le 10 juillet 1880, elle n'avait pas de traces de récidive.

(A suivre.)

REVUE SEMESTRIELLE DES TRAVAUX ALLEMANDS

Par le Dr Albert Puech, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Nîmes.

Hystérotomie et ovariotomie extra-abdominale chez un hermaphrodite vrai, par Klotz (*Arch. f. Klin. chirurgie*, t. XXIV. p. 454). — Ce cas extrêmement remarquable dont le récit est illustré par une planche, concerne un individu entré à la clinique de Billroth pour y subir une opération. Les organes génitaux externes formaient deux tumeurs recouvertes d'une peau brunâtre dont la droite avait le volume de deux poings et dont la gauche rappelle la moitié d'un scrotum normal. Entre les deux tumeurs se trouve un pénis en forme de crochet recourbé sur le côté. Dans la tumeur gauche, on constate un corps rappelant le testicule et l'épididyme; dans la droite plus volumineuse on constate avec de la fluctuation des parties moins résistantes en

certains endroits. Depuis la puberté cette dernière tumeur avait donné lieu à des douleurs revenant périodiquement toutes les quatre semaines. Dans les deux dernières années, les douleurs ont acquis une telle intensité que le patient réclame l'extirpation de la tumeur.

A raison du petit nombre de cas existant dans la littérature sur cette variété d'hermaphrodisme, le diagnostic fut incertain. On inclina à voir dans la tumeur droite une dégénérescence kystique du testicule correspondant, cependant on n'exclut pas la possibilité d'un *ovaire hernié* ayant subi la transformation kystique.

Avec les précautions et les moyens réclamés par la méthode antiseptique, le professeur Billroth fit l'extirpation de la tumeur mais il dut ouvrir en même temps la cavité péritonéale. La mort survint par une hémorrhagie consécutive dans la cavité abdominale, vraisemblablement causée par le relâchement de la ligature en masse.

Voici maintenant la traduction textuelle des données fournies par l'examen cadavérique.

Le type du corps est intermédiaire aux deux sexes. Les mamelles volumineuses ont l'aspect féminin de la jeune fille. Des deux côtés du membre viril mais fortement hypospadiaque se trouvent deux sacs sexuels ayant l'un le caractère scrotal, l'autre celui d'une grande lèvre. Le scrotum gauche revêtu d'une tunique vaginale propre contient un testicule vrai avec épididyme, le droit renferme un ovaire kystique avec trompe, une partie d'utérus unicorne allongé étranglé dans son milieu par le canal inguinal. Les parties sont renfermées dans une tunique vaginale propre formée par un grand diverticule de Nuck. La cavité utérine au niveau du col de la vessie figure une espèce de canal cervical qui communique avec un petit vagin muni d'un hymen lequel vient aboutir à l'urèthre. Quant au canal déférent partant de l'épididyme gauche, il pénètre dans la cavité pelvienne, s'applique à la paroi postérieure de la vessie, longe la partie utérine adhérente au col vésical et s'abouche dans l'urèthre en même temps que le canal du cervix. En conséquence urèthre, utérus et canal déférent ont un canal d'excrétion commun le sinus uro-génital. En dedans du sac sexuel se trouvent des petites lèvres évidentes qui ferment un vestibule particulier, abritant l'ouverture extérieure du sinus uro-génital.

Une rare anomalie des organes génito-urinaires. par J.-V. Massari (*Centralblatt f. chirurgie*, 1880, p. 62.) — Une fille qui avait été opérée

à la naissance d'une atrésie vaginale de l'anus, vint consulter quatre ans après se plaignant et d'une incontinence des matières fécales et de l'urine, quoique à certains moments l'urine puisse être expulsée volontairement. A l'examen, on constata que l'ouverture anale était placée au périnée tellement en avant qu'elle échappait à l'action du sphincter et qu'il existait concurremment une petite fistule recto-vaginale. Quant au vagin, il était séparé en deux parties par une cloison. Enfin si l'on injecte du lait dans la vessie, ce liquide est conservé, quoique l'urine s'écoule en petites quantités d'une façon constante. Pour remédier à l'incontinence des matières fécales, Massari sépara le rectum du vagin et en fixa l'extrémité à l'endroit habituel.

A la mort survenue par septicémie, on constata l'état suivant:

Les deux reins étaient réunis et le segment gauche atrophié. Tandis que l'uretère droit avait son trajet normal et aboutissait à la vessie, l'uretère gauche rétréci en plusieurs endroits par des cicatrices, dépasse le col vésical et vient s'ouvrir par un canal très délié dans le prépuce du clitoris. Cette particularité qui rend compte du suintement continuel de l'urine est extrêmement rare. Je ne connais guère que le fait de Bousquet (Journal de médecine), qui la signale et encore il n'est pas complètement semblable.

Vagin double avec atrésie du vagin droit rudimentaire. Catarrhe purulent de celui-ci se vidant spontanément. Ultérieurement destruction de la cloison. Guérison, par J. Smolsky (*Centralblatt f. Gynækologie* 1880, p. 95.) — La patiente âgée de 24 ans a été menstruée dès sa dix-huitième année régulièrement, abondamment et pendant six à sept jours. Mariée à 21 ans, elle conçut tout anssitôt. Néanmoins les hémorrhagies persistèrent : elles devinrent seulement irrégulières, plus fréquentes et plus faibles et amenèrent l'avortement au troisième mois.

Sur ces entrefaites, la patiente remarqua à l'entrée de la vulve une tumeur non douloureuse, du volume d'une grosse noix, qui après des injections et des bains disparut d'elle-même. Un an plus tard à la suite d'un nouvel avortement, réapparition et développement progressif de la tumeur vulvaire qui au bout de douze mois pouvait à peine et seulement pendant un temps très court être réduit mais qui continuait à se rapetisser sous l'influence des applications froides. Concurremment, douleurs hypogastriques et envies fréquentes d'uriner. En février de l'année suivante (1878), au milieu de douleurs exa-

gérées et d'une forte fièvre, développement rapide de la tumeur, se terminant par la rupture de celle-ci et s'accompagnant de la sortie d'une grande quantité de liquide laiteux. A la suite, amélioration, mais bientôt retour de la fièvre avec frissons fréquents et écoulement fétide.

Appelé à ce moment, Smolsky constata juste au dessous du méat uréthral qui se trouve à 3 millimètres de la paroi vaginale antérieure prolabée, une tumeur du volume d'une pomme, de couleur rouge et dont le haut s'effile à deux travers de doigt de la vulve. Cette tumeur qui n'est point sensible à la préssion offre à son extrémité inférieure une ouverture qui admet une sonde déliée et donne passage à un liquide laiteux ayant une forte odeur de graisse acide. Au microscope, ce liquide est formé de globules de pus et de débris d'épithélium.

Vagin normal ; la tumeur occupe par sa base la longueur totale du vagin et se trouve placée à droite de la ligne médiane. L'endroit d'attache paraît plus large en haut qu'en bas. Les autres organes sexuels ainsi que l'urèthre et la vessie n'ont pas été modifiés par la tumeur.

Ayant fendu le sac on trouva une cavité complètement close avec parois épaisses de 15 millimètres et qui se contractent avec évidence. En conséquence, on diagnostiqua vagin double avec atrésie du vagin droit rudimentaire et catarrhe purulent.

Pour le traitement, on saisit le sac aussi haut que possible avec un clamp et on détacha. L'hémorrhagie fut arrêtée avec le fer rouge. La guérison survint sans incident.

Le morceau excisé montre à la face interne une muqueuse ayant les mêmes caractères que du côté vaginal ; entre les deux muqueuses se trouve une forte couche musculaire.

Inflammation des deux trompes, suppuration; extirpation des deux tumeurs, guérison, par Feldmann (*Dissert. inaug.* Gœttingen 1879 et *Centralblatt f. Gynækologie* 1880, p. 23). — Une femme de 20 ans, régulièrement menstruée depuis sa quinzième année, s'est mariée il y a deux ans mais n'a point eu d'enfant. Il y a un an environ, soi-disant à la suite de l'expulsion d'une fausse-couche, il survint de violentes douleurs dans le ventre et un gonflement de la région hypogastrique droite. La période devint profuse et à partir de ce moment et au milieu de douleurs persistantes le gonflement continua à s'accroître.

Entrée le 11 mars 1879 dans la clinique gynécologique de Gœttingue

la malade fut examinée dans le sommeil chloroformique par le professeur Schwartz. Il constata à l'hypogastre une tumeur élastique, mobile occupant en partie l'entrée du bassin, atteignant à gauche presque jusqu'au nombril et à droite arrivant à égale distance du nombril et du pubis. Par le vagin, on constate que l'utérus est rétrofléchi, que la tumeur précédemment mentionnée repose au-dessus de lui et est facilement sentie par le cul-de-sac antérieur du vagin. Le cul-de-sac postérieur est déjeté à droite et, en cet endroit, en déprimant les parois abdominales on perçoit la fluctuation. Si l'on cherche à soulever le cul-de-sac postérieur on perçoit une sensation analogue à celle que donne le doigt lorsqu'il déchire des adhérences. A droite de l'utérus, on suit un cordon épanoui qui se perd dans le segment inférieur de la tumeur. On diagnostique un double kyste de l'ovaire mais avec réserve.

Le 28 mai on pratique l'opération d'après les règles de Lister. Après le refoulement de l'épiploon et de l'intestin, on reconnait facilement que les tumeurs sont formées par les trompes. En aucun point il n'y a d'adhérences. On enlève en premier lieu la tumeur droite avec l'ovaire couvert de petits kystes et en second lieu la gauche, mais en laissant l'ovaire qui paraît sain. Ecoulement d'une petite quantité de pus dans la cavité abdominale. Toilette; clôture des parois abdominales, etc.

Beaucoup de vomissements les premiers jours. Au neuvième, enlèvement des sutures; la plaie s'est réunie en grande partie par première intention. Dans les jours suivants, la fièvre survient, la température s'élève jusqu'à 40° et de vives douleurs sont accusées dans l'hypogastre droit.

Au seizième jour l'extrémité inférieure de la plaie se rouvre et donne issue à une grande quantité de pus jaune brun et d'odeur fétide. Par cette plaie ouverte, on arrive dans une cavité allongée dont le rapport avec le péritoine et les pédicules de la tumeur ne peuvent être établis d'une façon bien précise. L'exploration par le vagin démontre une infiltration dans le cul-de-sac vaginal antérieur et postérieur qui forme comme une ceinture résistante autour de l'utérus. Peu à peu la sécrétion devient moindre, l'infiltration diminue et la formation de granulations rétrécit peu à peu la cavité. Bref le vingt-troisième jour la malade quitte le lit.

D'après l'examen macroscopique et microscopique des tumeurs extirpées, examen fait avec le plus grand soin et les plus grands détails

par le professeur d'anatomie pathologique, l'auteur conclut qu'il existait dans ce cas une imperforation congéniale de l'extrémité abdominale des trompes. Suivant toute vraisemblance au moment de l'évolution embryonnaire, le cordon de Müller est resté solide à l'endroit où se forme l'*ostium abdominale.* De là la rétention de la sécrétion muqueuse, de là l'hypertrophie consécutive des diverses couches constituant la trompe. Quant à la transformation du contenu primitivement muqueux, elle serait due à l'excitation provoquée par les rapports conjugaux.

Accouchements de quatre enfants. — Müller (*Zeitschirft f. Geburtsh. u. Gynækol.*) a observé un cas de ce genre. L'accouchement survint au cinquième mois de la grossesse et se termina en trois quarts d'heure. Les fœtus étaient renfermés dans trois poches distinctes. D'après le développement énorme de l'utérus on avait conclu avant la parturition qu'il existait plus de deux jumeaux. Le premier enfant vint au monde mort; quant aux trois autres ils ne tardèrent pas à succomber. Enfin les suites de couches fureut bonnes pour la mère. — Haakma de Tresling (*Nedillande*) à assisté une femme qui en moins d'une heure et quart mit au monde quatre enfants. Le premier fœtus se présenta par le siège ; le second par l'épaule, le troisième par les pieds, le dernier par l'épaule. Le poids des trois premiers fœtus est en moyenne de 1,400 grammes; quant au dernier il ne pesait que 1,200 grammes. Tous succombèrent comme c'est la règle aussitôt après l'accouchement. Les suites furent bonnes pour la mère mais l'utérus revint sur lui-même avec une extrême difficulté. — Enfin Föhr de Wurtemberg a, à la même époque, recueilli un cas semblable. L'accouchement s'effectua au septième mois et les enfants furent expulsés : 1° par le sommet, 2° par les pieds, 3° par le siège, 4° par le sommet. Leur poids correspondant était de 1,050, de 1,015, de 750 et de 740 grammes. L'accouchée avait eu antérieurement deux couches doubles. Sa mère avait eu également deux couches doubles et l'une de ses sœurs une couche double. (*Jahresbericht von Hirsch* pour l'année 1880.)

Opération césarienne d'après la méthode de Porro. — A raison du remarquable mémoire de M. Pinard, je signale sans grands détails ces deux nouvelles observations.

Le 2 janvier 1880 il entra à la Maternité de Barmon une femme de 22 ans, primipare, et se trouvant au terme de la grossesse. Le travail

avait commencé depuis soixante heures et depuis quarante-huit heures la poche des eaux était rompue.

La parturiente haute de 140 centimètres offrait aux cuisses et aux avant-bras des signes de rachitisme. Le bassin mesuré extérieurement avait seulement aux côtés 26 cent. 1/2 de circonférence; aux épines iliaques 24 et 17 centimètres au diamètre transverse. Quant au diamètre transversal mesuré en dedans il avait seulement 5 centimètres. Une anse du cordon ombilical dépourvue de battement pendait dans le vagin qui était étroit. Le promontoire oblique à gauche fait une forte saillie. Le méat externe est difficile à atteindre. Enfin la tête se présente et est placée au-dessus du petit bassin sur la fosse iliaque gauche.

Vu la déformation pelvienne et malgré l'épuisement extrême de la parturiente on recourut à l'opération césarienne d'après la méthode de Porro. Elle demanda juste une heure et fut faite avec les soins les plus minutieux et suivant les précautions recommandées depuis l'adoption de la pratique de Lister.

La mort survint le troisième jour et l'autopsie démontra dans le cul-de-sac recto-utérin l'existence de 50 grammes de liquide purulent et extrêmement fétide. (Alg. *Centralblatt f. Gynæk.* 1880, p. 147.)

Le second cas que j'ai à signaler est au contraire un succès. En voici le résumé :

Le 7 mai de cette année il a été présenté à la Société impériale de Vienne une personne de 30 ans, petite comme une naine, non rachitique, sur laquelle deux mois avant le professeur Gustav Braun a pratiqué l'opération de Porro. L'individu a seulement 136 centimètres de hauteur et son bassin est rétréci dans tous ses diamètres. Comme anamnestiques, il convient de signaler que les sœurs et les deux frères de cette personne sont de taille normale et qu'il y a sept ans elle a dû, lors d'une première grossesse, subir la céphalotripsie.

Le 5 mars quelques signes de travail; deux jours après, rupture brusque de la poche des eaux, douleurs violentes et nécessité d'opérer.

Incision abdominale de 19 centimètres de longueur dépassant de quatre travers de doigt le nombril et s'arrêtant à égale distance du pubis. Extraction d'un fœtus pesant 3,300 grammes qui encore aujourd'hui est vivant, section de l'utérus; drainage; fixation du pédicule à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Suites heureuses; pas la moindre réaction fébrile. Douze jours après l'opération, lorsque la

ligature est détachée, il reste une petite fistule cervicale qui se restreint de jour en jour et admet seulement aujourd'hui une tête d'épingle. Lors du dernier examen, le vagin est allongé en forme d'entonnoir et offre à son extrémité une portion vaginale longue d'un centimètre (*Allgemeine Wiener méd. Zeitung* 1880, p. 210).

Ovariotomie double; ultérieurement extraction d'une tumeur ovarienne. — On a fait grand bruit de la persistance de la menstruation après l'ablation des ovaires; on est allé même jusqu'à prétendre que de pareils faits démontraient la fausseté de la théorie ovulaire de la menstruation. J'ai dit ailleurs ce qu'il fallait penser de ces attaques, mais je ne suis pas fâché de trouver dans la presse des arguments qui établissent le bien fondé de la découverte de Négrier, Coste etc.

Weinlichner a observé, à la suite d'une double ovariotomie nécessitée par des kystes, une menstruation qui après avoir été régulière devint irrégulière au bout de huit ans et demi. Avec ce dérangement de la fonction menstruelle coïncida le développement d'une tumeur entre le nombril et le pubis. Cette tumeur, résistante ici, fléchissante là, était indépendante de l'utérus et offrait tous les caractères d'un kyste ovarien. Pourtant à raison de la double ovariotomie qui avait été pratiquée antérieurement on restait dans le doute. Toute incertitude disparut à la suite d'une seconde laparotomie. Cette tumeur développée dans un rudiment de l'ovaire gauche était véritablement un kyste. La face interne était tapissée d'éminences papillaires et le contenu en était un liquide brun, albumineux. La guérison survint mais il resta une hernie à l'endroit de la plaie (*Wiener medic. Wochenschrift* 1880, n° 2).

Ovariotomie double; mariage suivi de grossesse et d'accouchement. — Quoique cette observation soit de date un peu plus ancienne on me permettra de la rapprocher de la précédente car elle est une nouvelle preuve que les ovariotomistes sont loin de faire l'extirpation complète des ovaires, et partant que les faits prétendus de ce genre n'ont point la valeur qui leur a été donnée. Il est bon de le rappeler en passant, ne serait-ce que pour démontrer le peu de fondement de certaines statistiques qui ont été produites à l'encontre des idées généralement reçues sur les fonctions de ces organes.

La double ovariotomie avait été faite en 1874. L'année suivante l'opérée se maria et contrairement à toute attente et à toutes prévisions accoucha un an après le mariage d'un enfant vivant, mais venu

avant terme. (S Hoegh. *Norsk Magazin f. Logevidensk.* 3 R. t. VII, 6e livraison.)

Evidemment l'opérateur avait cru dans ce cas avoir enlevé les deux ovaires, c'était du moins son intention.

Rétroversion de l'utérus gravide; défaut de réduction; mort par rupture de la vessie. — Une femme de 40 ans, ayant eu quatre enfants et en dernier lieu, c'est-à-dire trois ans auparavant une couche double devint enceinte au commencement de septembre. Pendant les premières semaines, elle se trouva tout à fait bien, mais dans les premiers jours de décembre, elle fut prise brusquement de symptômes dénotant une rétroversion. Elle dut s'aliter éprouvant une difficulté extrême pour uriner, accompagnée d'un violent ténesme et suivie d'un écoulement involontaire d'un peu d'urine. Concurremment la constipation se montra et ne céda qu'à un purgatif énergique dont l'emploi réveilla de très vives douleurs.

Pendant les trois premières semaines, la malade pouvait de temps à autre quitter le lit, mais nonobstant elle se sentait très mal. Les douleurs pour uriner et pour aller à la selle, ainsi que les douleurs dans le bas-ventre s'étaient considérablement accrues, et le développement de l'abdomen avait acquis des proportions tout à fait insolites. Cette malade consulta tour à tour un homœopathe célèbre et deux allopathes, mais elle n'en obtint aucun soulagement, car les uns et les autres méconnurent la maladie. Le Dr Schwärtz appelé en dernier lieu diagnostiqua une péritonite généralisée avec exsudats volumineux, provoquée par une rétroversion de l'utérus; mais au moment où il fut appelé, l'agonie était proche.

A l'autopsie pratiquée huit heures après la mort, on trouva dans la cavité péritonéale cinq litres de liquide séro-purulent. L'estomac et les intestins sont distendus par des gaz. L'intestin grêle et le gros intestin sont tapissés par une masse d'exsudats fibrineux.

La vessie considérablement développée dépasse de treize centimètres les pubis et adhère à gauche et en arrière avec une anse de l'intestin grêle. Lorsqu'on détache les exsudats on trouve sur la vessie une perforation qui permet l'introduction de l'index. Les deux uretères et les bassinets sont dilatés et à l'extrémité supérieure du rein droit se trouve dans une papille un caillot de sang infiltré de pus. — Le fond de l'utérus dépasse de 5 cent. le promontoire; la plus grande largeur de l'organe est de 15 cent., la longueur est de 18; quant au

fœtus qu'il renferme il a 21 cent. de longueur. Le vagin est normal; quant au méat utérin, il est très difficile à atteindre et est à quelques centimètres au-dessus du col de la vessie. Ce dernier organe a sa paroi musculaire hypertrophiée et épaissie. La muqueuse en est pâle sur la paroi postérieure, et au pourtour de la perforation il y a de nombreux vaisseaux injectés et de petites ecchymoses. Enfin la cavité de la vessie contient un énorme caillot sanguin ayant la forme et le volume d'une rate (Schwartz. *Centralblatt fur Gynækologie* 1880, page 121).

Menstruation chez une fille de sept mois, par le Dr Franc. Cortejairena (*Siglo Medico* 2 mai 1880).

Cette enfant phénomène, originaire de la province de Valence, fut présentée par l'auteur à la Société de médecine de Madrid en septembre 1878. Le 7 avril de la même année, elle eut pour la première fois une hémorrhagie vulvaire qui dura trois jours. Le mois suivant l'hémorrhagie revint; elle dura aussi longtemps que la première fois et se répéta tous les mois jusqu'en mars 1879. A cette époque comme l'enfant se trouvait dans son dix-huitième mois, à la place de l'hémorrhagie il survint une leucorrhée abondante qui persista jusqu'au milieu de janvier 1880. Alors, et à la suite de coliques violentes, la ménorrhagie reparut et a persisté depuis. La quantité de sang expulsée à chaque époque n'est pas moindre de 45 grammes.

L'enfant, actuellement âgée de 28 mois, à raison de ses formes arrondies, de sa taille large de 75 centimètres, a tout à fait l'aspect d'une femme fortement arriérée dans son développement. Les mamelles du volume d'un citron, d'une consistance élastique, sont turgescentes comme celles d'une fille de 16 ans; elles sont munies d'un mamelon proéminent et entourées d'une très large auréole. Quant aux organes génitaux externes, ils sont très développés ; l'ouverture vulvaire est grande. Les grandes lèvres sont épaisses et le mont de Vénus est couvert de poils rouges assez longs. Le développement physique de l'enfant est en rapport intime avec le développement prématuré de la fonction menstruelle; au contraire le développement moral, les tendances et les impressions sensorielles correspondent avec ceux de la première enfance.

VARIÉTÉS

La syphilis héréditaire et le rachitis ; — Diagnostic de la syphilis héréditaire ; — Le facies ; — Les éruptions cutanées, par J. PARROT (1). — I. L'on doit savoir reconnaître la syphilis héréditaire, non seulement pendant sa période d'activité ; mais encore à un moment quelconque de la vie, chez ceux qui en ont gardé quelque marque apparente. Comme cela est naturel, je vais d'abord m'occuper de la première partie du problème.

Parmi les signes caractéristiques d'une maladie ou d'une affection, le *facies* tient souvent une place importante. Cette place, quelques observateurs ont voulu la lui donner dans le diagnostic de la syphilis héréditaire, comme le prouvent les descriptions qu'ils nous en ont laissées.

Voici comment en parle Lamauve, dans le supplément au traité de Mahon (pag. 452) : « Les enfants vérolés ont l'apparence de petits vieillards ; ils sont flasques, ridés, leur épiderme est macéré, comme pourri ; quelquefois il n'en existe point, ou presque point. La tête est sans cheveux. — Ils ont le corps œdémateux, les glandes lymphatiques sont gonflées, la peau est de couleur livide ou violette ; les poils qui couvrent le corps, à l'exception des cheveux, sont plus nombreux et plus longs. » — Dans plus d'un cas, dit Trousseau (*Clinique médicale*, 3e édit., t. III, p. 303), le médecin instruit par une longue habitude diagnostiquera presque à coup sûr la syphilis, à la seule vue du visage de l'enfant, et, cependant cette coloration ne peut être que grossièrement définie par le discours. Le visage est d'un ton bistre spécial, il semblerait qu'on a passé sur les traits une légère couche de marc de café ou de suie

(1) Leçon recueillie par M. le Dr H. MARTIN, et publiée dans le *Progrès médical*, numéro du 18 septembre 1880.

délayée dans une ample quantité d'eau. Ce n'est ni de la pâleur, ni le jaune-paille des autres cachexies. Cette teinte, beaucoup moins foncée, mais de même ton que le masque des accouchées, ne s'étend pas ou s'étend à peine au reste du corps.

.... La petite figure souffreteuse de l'enfant, outre cette coloration bistrée dont je viens de vous parler, présente encore quelques traits caractéristiques. Les cils ne sont pas développés, ou sont tombés, les paupières sont souvent éraillées, etc., etc. »

J'ose le dire : il n'y a rien à retenir de ces descriptions de Lamauve et de Trousseau. Dans les cas tout à fait exceptionnels, vous rencontrerez sur des avortons quelques-uns des traits qui s'y trouvent; mais, considérés dans leur ensemble, ces tableaux ne répondent pas à la réalité des choses. Les marques de toutes les décrépitudes de la plus jeune enfance y ont été accumulées, mais rien n'y rappelle la syphilis. L'on ne saurait trop se garder de ces exagérations descriptives, particulièrement lorsqu'elles ont trait à la clinique ; car des erreurs fréquentes et déplorables peuvent en être la conséquence.

Dans l'espèce, pour n'avoir pas trouvé ce masque hideux sur le visage des petits malades, on a, plus d'une fois, éloigné toute idée de syphilis, et on l'a méconnue, alors qu'un intérêt capital était attaché à la rectitude du diagnostic.

Je n'hésite pas à l'affirmer : dans l'immense majorité des cas, les enfants atteints de syphilis héréditaire, n'ont rien de particulier dans le facies ; et lorsqu'ils ont dépassé les premiers mois, ils se présentent souvent avec toutes les apparences de la santé la plus parfaite. Si les nouveau-nés syphilitiques sont fréquemment amaigris, c'est l'athrepsie qu'il en faut accuser et non la vérole.

En réalité donc, le facies syphilitique, tel qu'on l'a entendu jusqu'ici, n'existe pas ; toutefois, chez quelques malades, la face est atteinte d'une manière si spéciale et même dans quelques cas si grave, qu'il suffit de la voir, pour reconnaître la syphilis. Tel est le cas de certains enfants, très jeunes, plutôt gras que maigres, dont la peau, notamment à la face, est jaune-paille ou maïs clair, comme dans l'anémie, la chlorose ou le cancer.

Les lèvres sont fissurées ; et tout autour on voit des taches jaunâtres ou bistrées, couvertes d'un épiderme épaissi, fendillé ou en voie de desquamation. Mais en somme, ce n'est là que l'exagération

de ce qui existe sur d'autres parties du corps. La face est atteinte d'une manière plus apparente, voilà tout, et c'est ce qui permet d'en tirer un précieux indice pour le diagnostic.

Chez d'autres sujets, en général un peu plus âgés que ceux dont je viens de vous parler, le tableau change, mais c'est toujours parce que les lésions se sont accumulées à la face, que celle-ci frappe l'observateur. Elle prend, comme dans tous les deux cas que je vous présente, un aspect hideux et repoussant, que seule la vérole est capable de produire. Il n'y a pour ainsi dire aucun point que le mal n'ait envahi, et la peau est couverte de plaques et de fissures suintantes, d'ulcères profonds, d'où s'échappe une matière ichoreuse, qui coule sur les parties voisines, où elle se dessèche en croûtes jaunâtres ou brunes qui ne tardent pas à couvrir de grandes surfaces, et masquent ainsi les traits du visage qui devient informe. Cet aspect, très saisissant, ne se voit que dans la syphilis héréditaire, mais il est très rare, tout à fait accidentel ; et l'on ne saurait le qualifier de facies syphilitique.

II. Les altérations de la peau sont, de toutes les manifestations de la syphilis héréditaire, celles qui, durant sa période d'activité, sont le plus utiles au diagnostic. Leur connaissance mérite donc toute notre attention.

Avant de passer à l'étude de chacune d'elles, je dois vous signaler un caractère commun, qui se démentira rarement. Il consiste en une coloration dont les nuances peuvent varier dans d'assez larges limites, mais qui, fondamentalement, reste la même. Notre langue se prête malaisément à la traduire, sous ses aspects si variés ; et les qualifications banales, de *cuivrée*, de *maigre de jambon*, adoptées dans la syphiliographie de l'adulte, ne donnent qu'une bien faible idée de ce qui existe réellement ; et, parfois même, sont très éloignées de la vérité. — Je ne chercherai donc pas à entrer dans le détail descriptif des nuances, parfois si diverses, que présentent les productions cutanées de la syphilis héréditaire ; mais vous devez retenir que très généralement, elles ont une teinte violacée, qu'un œil attentif discernera presque toujours, même lorsque d'autres éléments éruptifs contribuent à la masquer. — Elle est une conséquence de la maladie, c'est-à-dire véritablement spécifique, et ne dépend pas de la déclivité des parties comme on pourrait le croire ; car, lorsque les fesses et les cuisses d'un nouveau né, présentent tout à la fois, ce

qui n'est pas rare, une syphilide en plaques et de l'érythème athrepsique, bien que ces deux éruptions existent sur les mêmes régions déclives et qu'elles soient complètement mêlées l'une à l'autre ; la première est violette, tandis que la seconde est franchement rosée.

La couleur n'est pas le seul trait d'union qui existe entre les manifestations cutanées de la syphilis héréditaire. J'aurai l'occasion de vous le dire un peu plus tard, à propos de leur coexistence et de leurs transformations.

Au point de vue morphologique, on peut considérer quatre syphilides principales : La *bulleuse*, la *maculeuse*, celle *en plaques* et la *vésiculo-pustuleuse* ou *ecthymateuse*.

La *bulleuse*, que l'on désigne généralement sous le nom de *pemphigus syphilitique*, est la plus précoce ; elle apparaît quelquefois dès les 6e et 7e mois de la vie intra-utérine ; mais, d'ordinaire, elle se montre dans les jours qui suivent la naissance. Rarement on la voit débuter après la 10e ou la 12e semaine ; et les cas où l'on dit l'avoir observée plus tardivement me sont suspects.

Son siège est très remarquable, et, sur ce point, elle diffère notablement de toutes les autres syphilides.

C'est, en effet, à la plante des pieds et à la paume des mains, qu'elle se montre tout d'abord, et parfois d'une manière exclusive. Chez beaucoup de sujets, elle envahit peu à peu le dos du pied et de la main, la jambe et l'avant-bras. Elle y reste presque toujours limitée ; toutefois, il n'est aucun point de la peau qui en soit à l'abri.

Elle consiste en des bulles, c'est-à-dire en un soulèvement de l'épiderme, sous lequel s'accumule un liquide louche, qui, d'emblée, a toutes les apparences du pus. — Ces bulles dont le diamètre dépasse parfois un centimètre, et qu'entoure une large zone violacée, sont tantôt pleines, tantôt à demi remplies, auquel cas le liquide s'accumule dans les parties déclives, il peut même sur quelques points, faire complètement défaut, lorsque, par une sorte d'avortement de l'éruption, l'épiderme s'est simplement décollé.

L'examen microscopique de la matière liquide y fait constater : des leucocytes, quelques hématies et surtout des débris de corps muqueux de Malpighi, qui forment des flocons blanchâtres, visibles à l'œil nu. — La durée de l'éruption est difficile à déterminer. Elle paraît osciller entre quinze jours et trois semaines. Dans quelques cas, il y a une véritable déhiscence de la bulle, et, après l'écoulement du liquide, on constate une ulcération qui, dans les cas heureux se

cicatrise, mais toujours d'une manière lente. Dans d'autres, la dessiccation de l'exsudat se fait sous l'épiderme, et, après la chute de la croûte, la peau se montre peu altérée. Ces heureuses terminaisons sont exceptionnelles; et, le plus souvent, les malades succombent rapidement par le fait des affections viscérales concomitantes ; ou bien dans un état de cachexie avancée, avec des ulcérations profondes.

L'éruption bulleuse que je viens de vous décrire est toujours syphilitique. Le pemphigus simple n'a ni le même siège ni la même apparence; très rare avant les deux premiers mois, c'est surtout dans le cours de la première année qu'il se montre; et il peut atteindre des enfants à 4 ou 5 ans. Tout à fait exceptionnelles dans les lieux d'élection de la syphilide, les bulles se développent surtout dans les régions où la peau fait des plis, c'est-à-dire au cou, aux aisselles, aux aines. En général, leur diamètre est considérable, leur contenu séreux, rarement puriforme, et l'on n'y voit pas de débris épithéliaux. Leur guérison se fait sans ulcération, et d'une manière très prompte.

Il sera donc presque toujours très facile de distinguer la syphilide bulleuse du pemphigus simple; cependant, je ne dois pas vous laisser ignorer que l'on se trouve parfois en présence de cas très embarrassants. Je vais vous en citer un, que j'ai observé récemment. C'était un nouveau-né, d'assez belle apparence, ayant sur toute la peau des bulles, les unes larges, les autres, de beaucoup les plus nombreuses, d'un à deux millimètres de diamètre; ou même visibles seulement à la loupe. Sur un assez grand nombre de points, notamment à la paume des mains et à la plante des pieds, où l'on en voyait un petit nombre, leur contenu était louche et puriforme. Après un examen attentif, je restai convaincu qu'il s'agissait d'un pemphigus simple. En effet, l'éruption n'avait certainement pas débuté, comme dans la syphilis, par la plante des pieds et la paume des mains; et les quelques bulles qui étaient là, s'y trouvaient, non en vertu d'une localisation primitive et spécifique, mais par le fait de la confluence du mal, qui n'avait épargné aucune région du tégument. La peau qui les entourait était blanche ou légèrement rosée, et non violette ; enfin, malgré la généralisation et l'abondance de l'éruption, l'enfant conserva les apparences de la santé et guérit assez vite ; terminaison qui rend inadmissible l'hypothèse de la spécificité.

La syphilide *maculeuse* est habituellement décrite sous le nom de

roséole. Je n'ai pas cru devoir suivre cet usage, voulant marquer la différence qui sépare cette manifestation syphilitique des adultes, de celle des jeunes enfants. Bien qu'elle prédomine sur les points d'élection que je vous ai fait connaître, et qu'elle finisse par s'y fixer, elle atteint bien souvent toute la surface tégumentaire; et l'on peut dire que cette tendance à la généralisation, du moins au début, est un de ses caractères les plus marquants. Elle consiste en des taches circulaires qui peuvent atteindre un centimètre et même un centimètre et demi de diamètre; non saillantes au début, mais pouvant le devenir, toujours il est vrai, dans de très minimes proportions. D'abord isolées, elles se groupent dans certains points, et les surfaces irrégulières qu'elles couvrent, sont limitées par des segments de circonférence. Leur coloration, très diverse, peu fixe, varie suivant leur âge; et, à ce point de vue, elles s'éloignent sensiblement de la règle que j'ai posée plus haut. Elles sont, au début, rose-saumon clair ou maïs, avec une périphérie violette. Mais cela dure peu; elles deviennent brunes au centre, pendant qu'à leur périphérie elles pâlissent, puis survient une desquamation qui se fait d'une manière excentrique. Elles apparaissent successivement et non d'une manière brusque, comme l'ont dit à tort Trousseau et M. le professeur Lasègue. Leur manière de voir est le résultat d'une erreur clinique, comme on doit le croire, en songeant à cette roséole des nouveau-nés, dont je vois ici, chaque année, une dizaine de cas; et qui est constituée par des taches très confluentes, d'un rose vif, sans saillie, rappelant celles de la rougeole. Elle est apyrétique, et, du moins en apparence, elle n'apporte aucun trouble à la santé des enfants. Elle se montre, comme celle dont parle Trousseau, en quelques heures; et après une très courte durée, disparaît de même, ne laissant aucune trace de son passage. Vous voyez combien elle s'éloigne, par tous ces traits, de la syphilide maculeuse. Pour ce qui est de la roséole vaccinale, je vous rappellerai qu'elle dépasse rarement le voisinage des pustules, et qu'elle consiste en de larges taches circulaires, un peu saillantes et d'un rose très vif.

La syphilide *en plaques* ou *papuleuse* est, sans contredit, de toutes, la plus fréquente, la plus tenace, et celle qui récidive le plus souvent. Presque toujours plus tardive que les précédentes, elle peut, bien que par exception, se montrer sur des enfants de deux ans et même quelquefois un peu plus tard. Ses caractères morphologiques qui, d'une

manière générale, rappellent ceux des plaques muqueuses de l'adulte, sont tellement tranchés, qu'on la reconnait aisément. Ce sont des plaques circulaires ou des disques, dont le relief, parfois à peine sensible, comme chez les sujets très jeunes, peut dépasser 4 et même 5 millimètres. Si leur centre est déprimé, elles ont l'apparence de petites cupules; si, au contraire, il est saillant, elles sont véritablement lenticulaires. Leur diamètre, d'ailleurs très variable, dépasse rarement 15 millimètres. L'épiderme qui les couvre est d'ordinaire très mince, luisant, et forme des plis très fins; leur teinte est violacée ou rouge violet. Très fréquemment on y constate une légère desquamation; d'autres fois elles sont couvertes, surtout à leur centre, d'une croûte assez épaisse, au-dessous de laquelle il peut y avoir une ulcération. Habituellement isolées, elles peuvent, en se groupant, former de larges plaques, dont la surface et le contour sont irréguliers. Il n'est aucune éruption sur laquelle la topographie ait une influence aussi marquée. A ce que je vous en ai déjà dit, je dois ajouter quelques traits. Le frottement les modifie très sensiblement. Ainsi, tandis qu'elles sont en général plates sur le tronc et sur certaines régions des membres, elles sont très saillantes et souvent lenticulaires sur les fesses et la région postérieure des cuisses et des jambes; et, alors que leur confluence est très apparente au niveau des segments que l'on remarque en arrière, sur la cuisse des enfants qui ont de l'embonpoint, la peau des sillons, parfois très profonds, qui séparent ces segments en est absolument dépourvue. Mais cette influence d'une irritation habituelle, apparaît surtout à la région inférieure du scrotum et des grandes lèvres, où elles se présente, chez quelques sujets, sous la forme de gros tubercules. Il n'est pas rare de les voir former autour de l'anus, une couronne saillante. Dans les plis génito-cruraux, elles sont larges, aplaties, leur surface est suintante et souvent un peu grisâtre, ce qui leur donne une grande ressemblance avec les plaques muqueuses de l'adulte. Rarement elles ont la forme végétante; cependant, j'ai vu quelques exemples de cette variété au voisinage de l'anus.

Dans leur période décroissante, les plaques s'affaissent peu à peu, et leur surface est souvent alors le siège d'une desquamation assez active. Longtemps la peau reste violacée dans la place qu'elles occupaient; et, comme je vous le dirai plus tard, il est bien rare qu'il ne s'y forme pas une dépression, et même une véritable cicatrice.

La syphilide *vésiculo-pustuleuse* ou *ecthymateuse* est la plus rare, la plus tardive, et celle dont le diagnostic est le plus difficile. Dans ses formes les plus atténuées, elle affecte une assez grande ressemblance avec l'érythème des nouveau-nés: mais les vésicules, plus volumineuses, sont remplacées très rapidement par des ulcérations. Dans le plus grand nombre de cas, elle est constituée par des vésicules, dont le contenu devient très vite purulent et par des pustules d'ecthyma, qui apparaissent sur des plaques rouges et se développent successivement et avec une grande rapidité. Leur pourtour est violacé, et leur tendance à l'ulcération des plus marquées. Dans aucun des cas que j'ai observés, l'éruption n'était généralisée; elle occupait des surfaces assez étendues, mais toujours nettement circonscrites. L'abdomen semble être un de ses sièges de prédilection. Je vous ai cité l'exemple d'un petit garçon de 3 ans qui en avait les mollets couverts. Je vous disais, tout à l'heure, que le diagnostic de cette syphilide est fort difficile; c'est qu'en effet, on peut la confondre, sinon avec l'impétigo proprement dit, du moins avec l'ecthyma simple, qui, bien que très rare dans le jeune âge, y est pourtant observé. Ce dernier est d'ordinaire généralisé; il ne se limite pas, ne se groupe pas, comme l'éruption spécifique, sur certains points du tégument; surtout il n'a pas cette tendance à l'ulcération sur laquelle j'ai insisté, et qui est un de ses traits distinctifs. Quoi qu'il en soit, et en dépit de ces différences, lorsque, pour faire le diagnostic, l'on ne sera pas aidé par d'autres symptômes, même avec une grande expérience clinique, on pourra se trouver dans un grand embarras.

Considérées dans leur marche, les syphilides, dont je viens de résumer rapidement les caractères, présentent entre elles, une assez grande analogie, pour qu'à ce point de vue l'on ne sépare pas leur étude. J'ai déjà parlé de leur mode de guérison; je n'y reviendrai pas. Je ne vous parlerai pas davantage des traces qu'elles laissent à leur suite, me réservant de revenir sur cette question capitale, avec tous les détails qu'elle comporte. Mais vous savez, qu'à l'exception des macules, elles ont une tendance très marquée à l'ulcération. C'est là-dessus que je tiens à revenir. Qu'il s'agisse d'une bulle, d'une plaque ou d'une pustule d'ecthyma, la perte de substance reste en général circonscrite au point primitivement malade. Beaucoup plus rarement, elle dépasse ces limites, et lorsqu'elle atteint plusieurs points, elle finit, en s'accroissant, par envahir de larges espaces. Elle est en gé-

néral superficielle; aussi, lorsqu'on voit le travail destructif s'attaquer aux parties profondes, il faut soupçonner la coexistence d'une tuberculose. Je vous en ai montré un exemple très probant.

Cette dernière diathèse détermine parfois, à elle seule, l'ulcération de la peau et des tissus sous-jacents; mais alors les pertes de substance sont peu nombreuses, isolées, profondes, et comme taillées à l'emporte-pièce.

Deux ou un plus grand nombre de syphilides peuvent se montrer simultanément; toutefois, la bulleuse et la pustuleuse sont le plus souvent isolées. La première est, en effet, très précoce, et presque toujours l'indice d'un état qui entraîne rapidement la mort. Par contre, l'ecthyma se montre tardivement, alors que la maladie semble avoir épuisé sa tendance à produire les autres éruptions.

Rien n'est moins surprenant que cette coexistence des syphilides, quand on a pu suivre les malades durant une période suffisamment longue; car, alors, on les voit sur certains points, et en vertu des règles pathogéniques que je vous ai fait connaître, se transformer les unes dans les autres. Vous avez vu, dans nos salles, sur un très jeune enfant, une éruption maculeuse généralisée, devenir lenticulaire sur les fesses et sur la région postéro-supérieure des cuisses. Mais rien ne rend mieux compte de ces faits, dont je pourrais multiplier le nombre, que l'étude histologique de la peau malade. Elle nous montre, en effet, que les lésions fondamentales sont toujours les mêmes, qu'il s'agisse d'une bulle, d'une macule ou d'une plaque saillante; et, que la variété clinique de l'éruption dépend de circonstances secondaires, dont on peut, en général, saisir l'influence.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 29-31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX

ANNEAU-LEVIER A ARC CERVICAL
ET REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS PAR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LE VAGIN, APPLIQUÉS AU TRAITEMENT DE LA RÉTROFLEXION,

Par M. le professeur Courty.

Mémoire lu à l'Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Reims 1880.

J'ai entretenu dans le temps l'Association du traitement de la rétroflexion utérine et notamment de l'emploi du *tuteur galvanique* associé au *seigle ergoté*, à l'*électricité*, aux *immersions*, aux *irrigations vaginales* et aux *douches froides*, ainsi qu'au *décubitus ventral*, pour empêcher la rétroflexion de se repro-

duire et pour donner à l'organe un ton qui assure le maintien de la réduction et la durée de la guérison.

Malheureusement toutes les malades ne peuvent pas supporter l'application du tuteur, plusieurs ne le tolèrent qu'à des intervalles très éloignés. Dans les espaces de temps qui séparent ces applications les unes des autres, le corps de l'utérus retombe en arrière. Il faut donc trouver des moyens qui, s'ils ne peuvent suppléer, par leur insuffisance, à l'action si efficace du tuteur, puissent du moins empêcher le mal de se reproduire dans sa totalité et qui, s'ils ne redonnent pas au tissu de la matrice la rigidité nécessaire pour l'empêcher de se fléchir de nouveau, maintiennent du moins les deux segments de l'organe dans une direction aussi rapprochée que possible de la direction normale, pendant que l'électrisation, le seigle ergoté, l'application brusque et réitérée du froid ramènent dans le tissu utérin cette rigidité qui lui manque.

Ces moyens, ceux du moins qui m'ont paru jusqu'ici répondre le mieux à l'indication, sont au nombre de deux :

1° Un pessaire vaginal suppléant aussi bien que possible le tuteur galvanique à tige intra-utérine;

2° Le décubitus abdominal, mais le décubitus abdominal précédé d'une manœuvre qui puisse faire présumer que le corps de l'utérus est revenu à sa place (et c'est là le point important) avant que la malade se couche sur le ventre; car il faut toujours supposer, du moins il faut toujours craindre que le corps de l'utérus se trouve à la fin de la journée, comme cela n'arrive que trop souvent, plus ou moins retombé en arrière.

I

Le premier moyen est l'*anneau-levier à arc cervical*, c'est-à-dire cette espèce d'anneau en aluminium, très léger, ayant à peu près la forme d'un quadrilatère ou d'un anneau quadrangulaire, allongé, décoré par Hodge du nom de *pessaire-levier*, et dont j'ai modifié la forme, de manière à l'augmenter en arrière

d'un arc à concavité postérieure, destiné à retenir le col, ce qui fait que je l'ai appelé *arc cervical*. Cet anneau, particulièrement appliqué par Hodge au maintien de la réduction du prolapsus, pour lequel il est effectivement très efficace, s'appuie, par un de ses petits côtés, sur la paroi vaginale postérieure, tandis que par l'autre, c'est-à-dire par le côté opposé, légèrement déprimé d'une concavité dans le milieu, répondant à l'urèthre, il s'appuie sur la paroi vaginale antérieure, derrière le pubis.

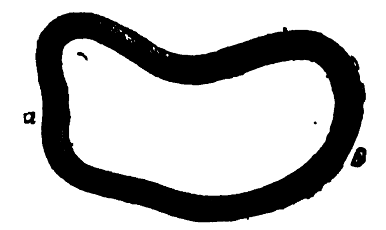


FIGURE 1.

Ce petit appareil de Hodge est en réalité très bon pour soutenir l'utérus abaissé, lorsqu'on a pu le relever assez pour le remettre en place; en introduisant, aussitôt après, le pessaire-levier de manière à pousser un de ses côtés derrière le col dans le cul-de sac postérieur, l'autre derrière le pubis, on maintient généralement la réduction et l'on prévient la reproduction du prolapsus. On rend ainsi instantanément à un certain nombre de malades l'usage de leurs jambes et on leur restitue simultanément presque toutes leurs fonctions affaiblies, sinon perdues, par l'effet du prolapsus, non seulement la marche, mais la digestion elle-même ayant subi la plupart du temps une profonde altération sympathique.

Il est inutile de dire comment on introduit le petit appareil, d'abord de champ, puis en le tournant pour ainsi dire à plat, de manière à encadrer le col de l'utérus, ttoujurs refoulé préalablement en arrière, situation favorable à la contention de la réduction du prolapsus.

Quant à expliquer comment il agit, et à faire comprendre

comment à chaque inspiration le petit segment antérieur s'abaisse, avec la paroi antérieure du vagin, ce qui, par suite de l'attache de ce segment antérieur au segment postérieur par l'intermédiaire des branches latérales, doit élever, au contraire,

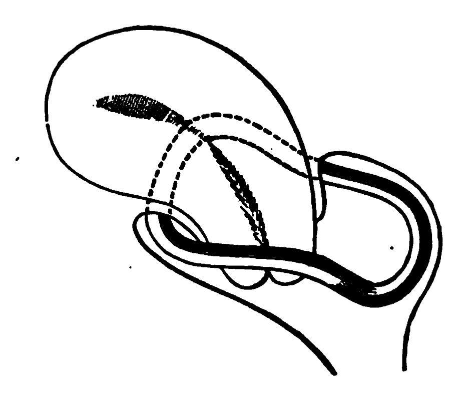


FIGURE 2.

ce segment postérieur, par l'effet d'une sorte de mouvement de bascule qui s'exerce sur la totalité de l'appareil (ce qui lui a valu la désignation de *levier*, *pessaire-levier*), j'avoue être un peu moins édifié sur ce mode d'agir et sur les vraies causes de l'utilité du pessaire-levier que sur son action réelle et sur son efficacité même, qui sont indubitables.

Je n'oserais donc affirmer que l'explication de Hodge soit rigoureusement acceptable; mais ce que l'expérience m'a démontré, comme à ce gynécologiste et à plusieurs autres, c'est que le *pessaire-levier* maintient très bien la réduction du prolapsus utérin, qu'il a plus d'efficacité, en même temps qu'il cause moins d'embarras dans le maintien de cette réduction que la plupart des autres appareils, même de ceux dont la simplicité apparente se rapproche de celle du pessaire-levier, notamment des anneaux de diverses substances, de formes variées, les uns cylindriques, les autres plats (souvent préférables), appliqués au traitement de la même maladie.

La rétroflexion étant habituellement (on peut dire toujours)

associée au prolapsus, il n'y a rien de surprenant à ce que les anneaux-leviers de Hodge, en luttant avantageusement contre un des éléments de cet état complexe, apportent aux malades un soulagement réel; seulement, tout en soutenant l'utérus élevé, ils n'apportent aucune modification à la flexion du corps utérin en arrière. En supposant même qu'on ait redressé le corps de la matrice, avant d'introduire l'anneau, ce segment ne tarde pas à retomber dans sa situation vicieuse.

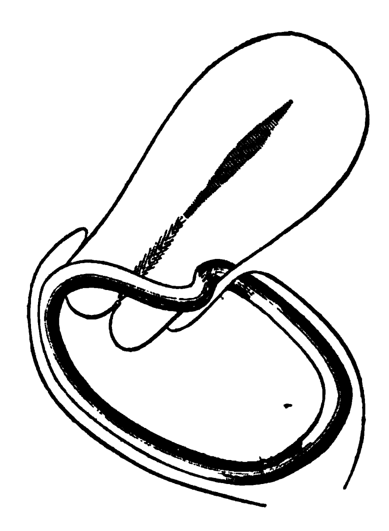


FIGURE 3.

Je m'étais si bien aperçu de ce défaut, que j'avais cherché à le corriger en raccourcissant le pessaire et excavant assez fortement en arrière la branche postérieure, pour qu'elle pût prendre point d'appui, non plus sur le vagin, mais sur la partie antérieure du col utérin, et tenir ce col tellement refoulé en arrière, vers le sacrum, que le corps ne pût avoir de tendance à retomber lui-même en arrière, et se trouvât, par cela même, naturellement reporté en avant, après que le cathéter l'y avait amené par la manœuvre habituelle de réduction (manœuvre que l'indicateur doit compléter toujours en relevant d'abord le corps

puis en refoulant le col vers le sacrum). C'est à ce moment, immédiatement après que l'utérus a été remis en place, qu'il faut introduire l'anneau à concavité postérieure, en ayant soin que cette branche postérieure concave embrasse le col et l'empêche de revenir en avant (fig. 3).

Mais je ne tardai pas à m'apercevoir que cette branche postérieure concave pouvait glisser assez facilement sur le col et s'échapper au-dessous de cet organe, lequel, n'étant plus retenu, revenait lui-même en avant et reproduisait le prolapsus avec la rétroflexion, le raccourcissement de l'anneau ne lui permettant plus de jouer alors un rôle efficace, même contre le prolapsus.

Dès lors je cherchai à combiner les modifications de l'instrument, de telle sorte que, sans rien perdre de l'efficacité de son appui sur la paroi vaginale postérieure, il pût en même temps retenir le col dans un arc concave (à concavité postérieure), duquel cet organe aurait d'autant moins de tendance à se dégager, que l'instrument tout entier serait mieux retenu par ses points d'appui vaginaux, l'arc cervical n'étant plus lui-même un point d'appui, mais seulement un moyen de prévenir le retour du col en avant et en haut, qui ne manquerait pas, sans cela, de se produire par la chute du corps en arrière et en bas comme par un mouvement de bascule inévitable.

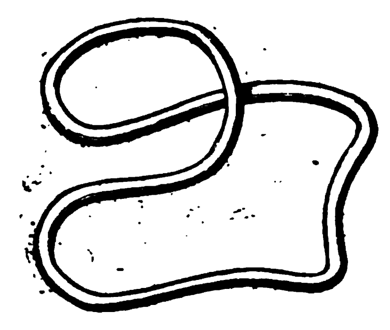


FIGURE 4.

L'instrument a pris par là une forme un peu plus compliquée : on introduction est un peu moins aisée. Mais on sait que, chez

les femmes atteintes de rétroflexion et de prolapsus, les organes se prêtent habituellement à l'extension ou à la dilatation nécessitée par l'introduction de ce petit appareil.

En outre j'ai rompu la continuité du tube d'aluminium qui constitue l'appareil au niveau des angles postérieurs, et j'y ai placé deux ressorts qui permettent à l'arc cervical de se rapprocher de la pièce principale jusqu'à se mettre en contact avec elle, sous l'influence de l'effort combiné du pouce et de l'indicateur, pour revenir à sa position normale aussitôt que l'instrument se trouve en place et que l'on cesse la pression. Cette dernière modification est nécessitée par l'étroitesse de la vulve chez les quelques femmes, peu nombreuses, qui, quoique nullipares ou vierges, sont atteintes de rétroflexion.

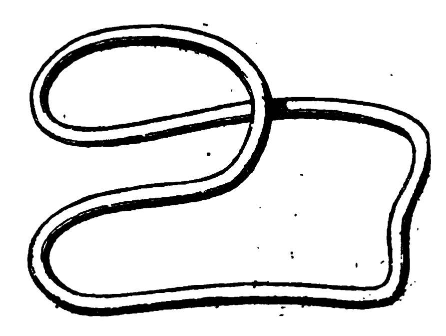


FIGURE 5.

Quant à son efficacité pour maintenir la réduction de la rétroflexion, elle est incontestablement supérieure à celle du pessaire-levier, soit simple, comme l'instrument primitif de Hodge, soit à concavité de la branche postérieure, comme mon premier modèle.

Il est facile de juger, par comparaison, du mode d'action de ces divers instruments; d'abord du pessaire-levier de Hodge que j'ai représenté seul (fig. 1) et en place, la branche postérieure refoulant le cul-de-sac vaginal postérieur (fig. 2); puis du pessaire-levier à branche postérieure concave destinée à s'appuyer

sur le col utérin (fig. 3), tel que je l'avais modelé dans ma première modification, petit instrument ayant malheureusement trop de facilité à glisser sous l'organe qu'il avait pour but de contenir. J'ai représenté enfin la dernière forme donnée à l'instrument qui est devenu l'*anneau-levier à arc cervical* (fig. 4), avec ou sans ressorts, dont j'ai donné un premier modèle et un second modèle plus grand (fig. 5), qui représentent, à peu près dans leurs dimensions réelles, les types les plus usités. On peut avoir à faire construire des modèles beaucoup plus grands, et par contre des modèles très petits, comme j'en ai essayé un chez une demoiselle qui était atteinte d'une rétroflexion congénitale causant des douleurs intolérables.

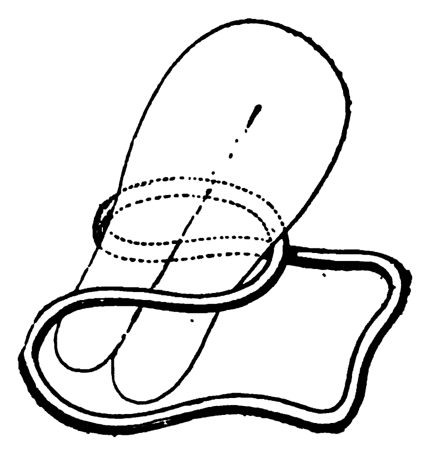


FIGURE 6.

J'ai fait représenter un de ces anneaux-leviers à arc cervical, modèle moyen, tel qu'il est en place pour maintenir le col en arrière (fig. 6). On voit à l'inspection de la figure que l'instrument ne peut pas se déplacer, ni comprimer l'utérus, parce que, par les extrémités recourbées de ses deux longues branches, il s'appuie sur la paroi vaginale postérieure, tandis que la branche antérieure s'appuie toujours sur la paroi vaginale antérieure;

l'arc cervical est suffisamment grand pour retenir le col sans le comprimer et, d'autre part, sans permettre à cet organe de glisser au-dessus de lui ni d'éluder la contention.

Tantôt c'est la partie postérieure, bien qu'elle soit volumineuse, que j'introduis d'abord, en ayant soin de choisir un anneau-levier à ressort, si la vulve trop étroite ne permet pas la pénétration de l'arc cervical sans l'amener au contact de l'anneau-levier ; tantôt, au contraire, je commence par l'introduction du bord antérieur et je le fais glisser le long de la partie latérale du vagin, de telle sorte que la partie la plus volumineuse soit amenée peu à peu la dernière à franchir la vulve. Une fois l'instrument dans le vagin, je refoule avec le doigt la partie postérieure en arrière, de manière que les deux arcs verticaux appuient derrière le col sur la paroi vaginale postérieure et l'arc horizontal sur la partie antérieure du col de l'utérus préalablement redressé, partie antérieure du col que je refoule en arrière autant que possible pour empêcher le corps de se fléchir de nouveau en arrière et de retomber dans la fosse de Douglas. En même temps je pousse l'arc antérieur de l'anneau-levier contre la paroi vaginale antérieure au-dessus du méat urinaire et même de l'urèthre, autant que possible.

J'ai expérimenté cet instrument depuis assez longtemps, sur un nombre de malades déjà considérable. Quand ses dimensions sont proportionnées à celles du vagin, il est bien supporté et remplit parfaitement son office : je le crois donc appelé à rendre des services réels.

II

Quelque efficace que soit l'anneau-levier à arc cervical, il ne contient pas toujours la réduction aussi parfaitement qu'on le désire; en outre un certain nombre de femmes peuvent ne le tolérer que quelques jours et doivent en être alors débarrassées pendant quelques autres jours ou pendant leurs règles, pour le laisser replacer ensuite.

Que les femmes portent ou ne portent pas leur anneau-levier à arc cervical, elles doivent chercher toujours (surtout si elles ne le portent pas), à maintenir la réduction de la rétroflexion par le *décubitus abdominal.* Seulement ce décubitus, toujours utile, n'est en réalité très efficace et ne peut maintenir le corps de l'utérus en avant que lorsqu'il y a été ramené par le cathétérisme ou par quelque autre moyen.

C'est justement cet autre moyen, un moyen pratique, qu'il s'agit de mettre à la disposition de la malade. Le médecin ne peut aller tous les soirs chez sa malade, au moment de son coucher, redresser l'utérus, avant de lui laisser prendre l'attitude du décubitus ventral, dans laquelle elle devra rester tout le reste de la nuit. Heureusement, un médecin américain, le professeur Henri Campbell (d'Augusta), a eu l'ingénieuse idée de faire pénétrer de l'air, à l'aide d'un petit tube coudé à son extrémité (*pneumatic repositor*) dans le cul-de-sac utéro-vaginal postérieur, la femme étant dans l'*attitude genu-pectorale,* et il a reconnu que sous l'influence de la pression atmosphérique, qui fait alors équilibre à la pression extérieure, tous les viscères sont entraînés vers la paroi abdominale antérieure ou la région ombilicale, y compris l'utérus, qui, s'il n'est pas retenu par des adhérences ou par quelque autre cause, dans le cul-de-sac de Douglas, est entraîné en avant comme les autres organes, le fond de l'utérus se portant vers la paroi abdominale antérieure ou vers le pubis, le col s'élevant avec le cul-de-sac utéro-vaginal postérieur vers le sacrum et l'organe étant positivement revenu à sa forme et à sa direction normales.

Il est aisé de se rendre compte de ce qui se passe. Si l'on examine une femme atteinte de rétroflexion dans l'attitude genu-pectorale, si l'on a besoin de la toucher d'abord par le rectum, pour ne pas favoriser l'introduction de l'air dans le vagin, en séparant les parois par la pénétration des doigts, on reconnaît que, malgré l'attitude genu-pectorale, et par conséquent dans l'attitude du décubitus ventral, la rétroflexion n'est pas habituellement réduite (fig. 7). On sent le corps de l'utérus en arrière, entre les deux ligaments de Douglas, dont la saillie est souvent

très perceptible. La tumeur formée par le corps de l'utérus est alors d'autant plus sensible qu'au-dessous de lui les deux parois du vagin sont tout à fait rapprochées et dans un contact immé-

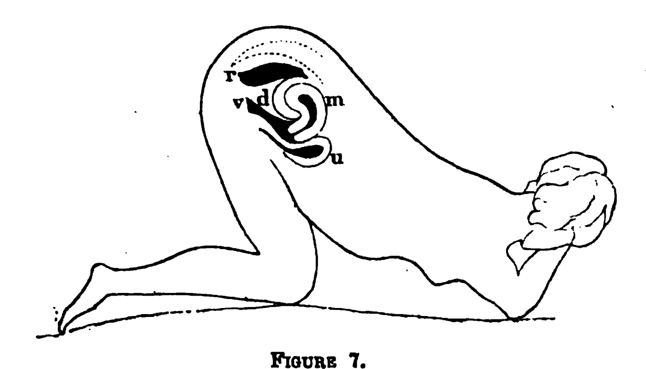


FIGURE 7.

diat (fig. 9): ce n'est que dans des conditions exceptionnelles (adhérences du vagin à l'excavation pelvienne, suites de suppurations profondes, par exemple) que ces deux parois vaginales ne se touchent pas et que la cavité vaginale est en communication directe avec l'air atmosphérique.

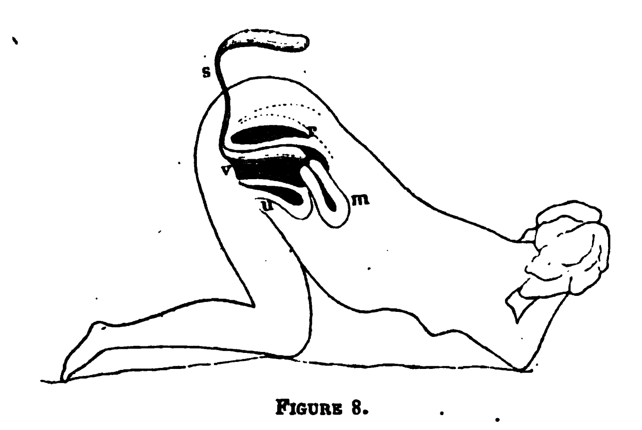


FIGURE 8.

Si l'on introduit alors un spéculum en gouttière, de Sims, dans le vagin et si l'on élève en arrière vers le sacrum la paroi

vaginale postérieure, on n'est pas peu surpris de voir, au moment où l'air se précipite dans le vagin, la paroi abdominale se rapprocher du lit sur lequel la malade est agenouillée, tout le ventre tomber, chez certaines malades dont les parois abdominales sont flasques, en forme de besace, tout le ventre, dis-je, tomber vers ce lit, en même temps qu'au fond du vagin on voit le col, qui regardait en avant, se diriger, au contraire, en arrière (fig. 8), ce qui montre bien que l'utérus a basculé autour de son axe et que, suivant les viscères abdominaux dans leur déplacement, le corps de l'organe s'est dirigé vers la ligne blanche ou vers le pubis, ce qui oblige le col à regarder en arrière vers le sacrum.

Ce rôle de la pression atmosphérique, faisant équilibre, par son introduction dans le vagin, à la pression extérieure, est des plus singuliers. Il est très patent pour le gynécologiste, au moment où il introduit dans le vagin le spéculum à une seule gorge et où il élève cette gorge vers le sacrum, de manière à séparer une paroi vaginale de l'autre. Il s'agit de pouvoir dresser une personne étrangère à l'art à faire elle-même cette introduction, de manière à séparer les deux parois vaginales l'une de l'autre et à attirer vers la partie la plus élevée de la courbure sacrée la portion la plus profonde de la paroi vaginale postérieure ou le cul-de-sac utéro-vaginal postérieur, sans avoir même besoin de la gouttière, en se servant d'un instrument qui peut être entre toutes les mains, dont l'introduction est facile et se prête à atteindre justement le résultat que l'on veut obtenir, c'est-à-dire l'élévation vers la courbure sacrée du cul-de-sac utéro-vaginal postérieur. Il est inutile d'inventer un instrument nouveau (*pneumatic repositor* de Campbell). Il suffit de se munir d'un *petit spéculum de Fergusson du plus petit modèle,* bien taillé en bec de flûte et bien arrondi à son extrémité la plus saillante. La femme étant agenouillée et accoudée ou dans l'attitude genu-pectorale, le spéculum trempé dans l'huile ou couvert de cold cream ainsi que la vulve, l'extrémité oblique de l'instrument est introduite très doucement dans une direction qui la porte aussi profondément et aussi haut que possible comme si l'on

voulait aller vers la paroi vaginale qui est la plus proche du sacrum, tandis qu'on abaisse l'infundibulum du spéculum entre les cuisses de la malade. Comme l'on pousse le bec miroitant, souvent terminé en une sorte de petit dôme, aussi haut et aussi profondément que possible, il est rare qu'on ne voie pas alors le col dirigé vers le sacrum, l'orifice même semblant regarder le promontoire, ce qui dénote la projection du corps en avant; dans tous les cas après avoir poussé le spèculum aussi profondément et aussi haut que la muqueuse peut le permettre, on le retire dans la même direction, l'orifice infundibuliforme gagnant l'intervalle entre les genoux et retiré peu à peu jusqu'à ce que la pointe même du spéculum soit sortie de la vulve.

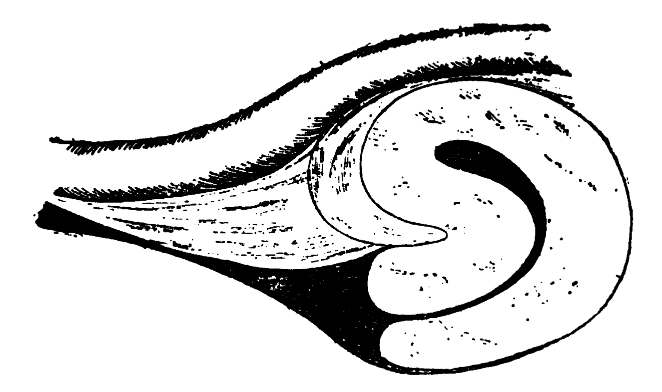


FIGURE 9.

La figure 9 donne une idée très exacte des rapports des parois vaginales et des segments de l'utérus avant l'introduction du spéculum de Fergusson. On y voit que les parois vaginales sont en contact immédiat: l'introduction d'un corps étranger entre elles deux peut seule les séparer; en même temps, on remarque l'utérus en rétroflexion, l'orifice regardant en avant et en bas, le corps tombant en arrière, entre les ligaments de Douglas indiqués par une ligne courbe, ce qui constitue le deuxième degré de la rétroflexion.

La figure 10 donne la représentation exacte des divers segments de l'utérus au moment où le corps revient en avant, tandis que le col est relevé en arrière et en haut, dans la concavité sacrée, par la traction du spéculum de Fergusson ou plutôt de l'extrémité la plus saillante de la coupe oblique de ce spéculum, et par l'entrée de l'air et l'action de la pression atmosphérique au fond du vagin.

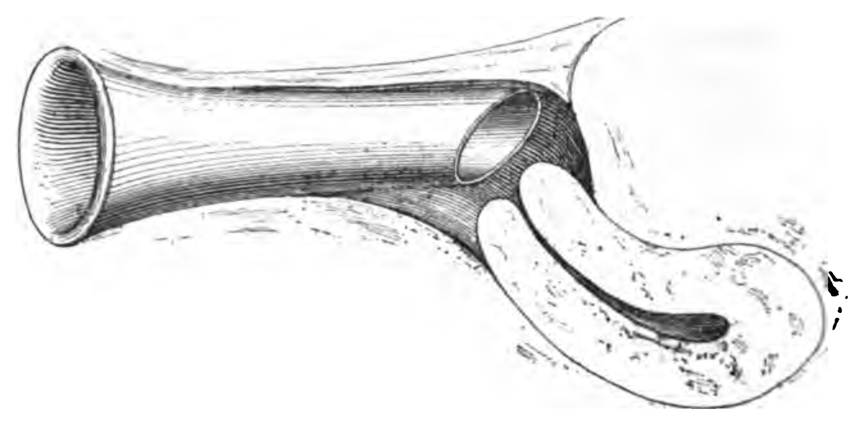


FIGURE 10.

Du moment qu'il est possible de déterminer, dans la majorité des cas, le retour du corps de la matrice en avant vers le pubis, par l'attraction que la dilatation du vagin et la pression atmosphérique exerçent sur le col attiré par l'extrémité d'un petit spéculum de Fergusson vers la concavité du sacrum, rien n'est plus simple que d'apprendre au mari de la malade à pratiquer tous les soirs cette petite opération. Une fois le spéculum retiré, la femme se laissant doucement retomber sur le ventre, on a la certitude que l'utérus, dans la majorité des cas, restera toute la nuit dans sa situation normale et que la réduction de la rétroflexion se maintiendra tout le temps que la malade restera couchée sur le ventre. Or, la plupart prennent l'habitude de conserver cette attitude pendant toute la nuit, d'autant plus aisément qu'elles l'ont souvent contractée d'elles-mêmes, s'étant avisées

instinctivement que cette attitude est celle dans laquelle elles souffrent le moins (1).

J'ai pu dresser facilement plusieurs époux à rendre à leur femme ce petit service chaque soir, au moment de se coucher, et l'on peut dire que, tout petit qu'il paraisse, ce service est en réalité fort important ; car il entretient dans les organes l'habibitude de rester aussi longtemps que possible dans cette attitude que j'appellerai thérapeutique, et du moment que l'on peut faire passer aux malades plus de temps dans cette attitude qui maintient l'utérus dans sa position normale que dans toute autre attitude qui le dispose à revenir à sa flexion vicieuse, on a de grandes chances pour l'amener peu à peu à conserver cette position normale et à obtenir, au bout d'un certain temps et avec l'aide des autres moyens (seigle ergoté, électricité, eau froide, etc.), la cure radicale de la rétroflexion.

Ainsi, à l'aide de cette précaution prise tous les soirs par les époux, l'utérus qui, dans l'attitude droite ou debout, sur les pieds, prise le plus souvent pendant la journée, était retombé en rétroflexion et y serait resté pendant la nuit, malgré le décubitus abdominal, retenu qu'il était par les intestins et l'application des deux parois vaginales l'une contre l'autre, et par la pression atmosphérique sur les parois extérieures du ventre, l'utérus, se trouvant libéré par l'introduction de l'air au fond du vagin, et par l'équilibre de la pression atmosphérique qui y devient équivalente à celle du dehors, l'utérus libéré, dis-je, suit les viscères intestinaux qui tombent vers la paroi abdominale antérieure, et le corps de cet organe se porte naturellement en avant, tandis que le col est porté en arrière et en haut par le même mouvement qui élève vers le sacrum la paroi vaginale postérieure et la sépare de l'antérieure.

Il est évident que ce redressement approximatif de tous les soirs, s'ajoutant au redressement absolu obtenu, à intervalles

(1) Même pour les abaissements, les prolapsus simples, sans rétroflexion, cette attitude du décubitus ventral est la meilleure que la femme puisse prendre pour faire remonter peu à peu l'utérus à sa place.

plus ou moins distants, par le cathétérisme, et maintenu soit pendant quelques heures par le tuteur galvanique, soit pendant quelques jours par l'anneau-levier à arc cervical, lorsque le tuteur galvanique ne peut être supporté, a les plus grandes chances de maintenir la réduction, si le chirurgien parvient à donner, pendant ce temps, au tissu de l'utérus une rigidité suffisante pour l'empêcher de se fléchir de nouveau et de retomber en arrière.

Je crois donc avoir donné, par l'usage de l'anneau-levier à arc cervical, et par la pratique quotidienne du redressement de l'utérus par l'introduction de l'air dans le vagin, comme agent de réduction de la rétroflexion dans l'attitude genu-pectorale, deux moyens puissants et surtout d'un usage très facile, très pratique, de maintenir la réduction de la rétroflexion pendant un temps assez considérable pour faire espérer d'en obtenir la cure radicale.

Si nous ajoutons à ces moyens l'emploi du tuteur galvanique et des agents propres à rétablir la contractilité musculaire et la rigidité organique de l'utérus, nous pouvons regarder le traitement de la rétroflexion, si imparfait jusqu'à ces derniers temps, comme ayant au contraire atteint aujourd'hui un degré de perfection aussi grand que celui de la plupart des maladies utérines dont le traitement rationnel est le plus méthodiquement institué.

DE LA RETROFLEXION DE L'UTERUS

CHEZ LES FEMMES RÉCEMMENT ACCOUCHÉES

Par le Dr A. Thévenot.

Le mécanisme de formation de la rétroflexion de l'utérus reste le côté obscur de l'histoire de ce déplacement, et on discutera longtemps encore sur le degré de fréquence de ces trois causes : adhérence, involution incomplète, ramollissement de tissu.

Toutefois, si on laisse de côté la rétroflexion congénitale, d'ailleurs assez rare, et les flexions en arrière du col lui-même, qui se produisent vers l'âge de la puberté par un mode spécial et qui entraînent le plus souvent la stérilité, le rôle capital dans l'étiologie de la rétroflexion du corps sur le col paraît incomber à la parturition. Emmet a noté que cinq des femmes observées par lui devinrent malades après un accouchement, sept après un avortement et une après un avortement criminel, Scanzoni, qui a insisté sur ce point, ajoutait, non sans quelque vraisemblance, que c'est la maladie des femmes qui ne nourrissent pas ; s'il en est ainsi la subinvolution doit sans doute être incriminée.

Ce premier point admis, les difficultés commencent : pour les uns la rétroflexion est due à une subinvolution partielle ; pour d'autres à des poussées inflammatoires amenant des adhérences ; pour d'autres encore, elle serait consécutive à une sorte d'atrophie, de ramollissement du tissu, d'origine inflammatoire, siégeant au niveau de l'orifice interne. Le problème n'est pas passible d'une solution, parce que les statistiques ne sont pas encore assez nombreuses, parce que en s'appuyant sur quelques observations d'anatomie pathologique ces différentes causes peuvent toutes être invoquées, et aussi parce qu'on

peut invoquer encore d'autres modes de formation. Il en est un sur lequel je désirerais attirer l'attention, parce qu'il est trop souvent passé sous silence : je veux parler de la rétroflexion qui survient soit immédiatement après le travail, soit pendant les jours qui le suivent, alors que les femmes se lèvent et reprennent trop tôt leurs occupations.

Si ce déplacement n'est pas très fréquent, s'il peut n'être que temporaire, s'il s'accompagne parfois de symptômes assez graves pour qu'il ne puisse passer inaperçu, il importe pourtant de le signaler, puisque par une intervention opportune la réduction peut en être facilement et définitivement obtenue.

Après la délivrance, le corps de l'utérus, du volume d'une tête d'un nouveau-né, d'un poids de 7 à 800 grammes, atteint une ligne passant par l'ombilic. Cette masse se continue avec un col très long, encore très ramolli et relié au squelette pelvien, en arrière par les ligaments utéro-sacrés qui n'ont pas été distendus ou qui l'ont été fort peu, en avant par le tissu cellulaire qui unit l'utérus à la vessie et indirectement par les ligaments vésico-pubiens. A cause de la laxité des autres moyens d'union le corps de l'utérus jouit d'une certaine mobilité et son axe se déplace sous l'influence de l'état de plénitude ou de vacuité des viscères voisins et en particulier de la vessie.

Dans l'état de vacuité de la vessie, le corps forme avec le col une courbe dont la concavité regarde en avant, une antéflexion. Si la vessie se laisse distendre par l'urine, le corps de l'utérus soulevé se redresse, et le grand axe du corps se continue en ligne droite avec l'axe du col, le fond de l'utérus dépasse alors l'ombilic. Il suffit de vider la vessie pour que le fond s'abaisse et revienne en antéflexion. Si, au contraire, la distension de la vessie continue, le corps de l'utérus, après s'être complètement redressé, s'inclinera en arrière et formera avec le col une courbure dont la concavité regardant en arrière embrassera le promontoire. Le plus souvent, dès que la vessie sera vidée, l'utérus se redressera, parcourra en sens inverse le même chemin et reprendra la place qu'il occupait. Mais il n'en est pas toujours ainsi, le fond de l'utérus peut rester fléchi en ar-

rière, soit par son propre poids, soit par interposition d'anses intestinales. Il peut arriver alors que la flexion s'accentue, que le fond de l'utérus glisse au devant du promontoire et tombe dans le cul-de-sac recto-utérin. C'est bien là le mécanisme de formation de la rétroflexion, dans le fait suivant rapporté par Denman.

(1). Une rétention d'urine, existante à l'époque de la délivrance et continuée quelque temps après, fut la cause de la rétroflexion de la matrice dans le seul cas de cette nature, dont j'ai été informé par Thomas Cooper, et les symptômes étaient analogues à ceux occasionnés par la rétroversion.

Lorsque l'urine était évacuée par le cathéter qu'on avait introduit sans difficulté, le fond de la matrice se replaçait promptement en la poussant au-dessus de la projection du sacrum de la manière recommandée dans la rétroversion, et il n'en survint aucun inconvénient ultérieur.

C'est encore par le même mécanisme que s'est opéré le déplacement dans les observations suivantes rapportées par Mme Boivin :

(2). 1° Chez une femme, qui fut apportée sans connaissance à la maison de santé et qui périt dans la soirée, nous trouvâmes la vessie tellement développée qu'elle occupait toute la cavité du bassin et une partie de l'abdomen.

L'utérus avait son fond renversé en arrière et reployé du côté du col soulevé par la vessie. Le premier de ces viscères était du volume qu'on lui connaît chez la femme récemment accouchée ; et en effet, c'était immédiatement après l'accouchement qu'était survenue l'hémorrhagie qui enleva cette malade.

2° Une autre femme dont la parturition avait été retardée par le dé-

(1) Thomas Denman, *Introduction à la pratique des accouchements*. T. I, p. 167.

(2) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*. T. I, p. 215.

veloppement excessif de la vessie, et qui n'était pas encore délivrée, offrit la disposition suivante : Le fond de l'utérus renversé en arrière, occupait et remplissait l'excavation pelvienne ; l'orifice utérin était tellement élevé derrière le pubis que, sans le cordon ombilical qui me servit de guide, il m'eût été impossible de le découvrir.

Le développement de la vessie était tel qu'on eût pu croire à la présence d'un deuxième enfant.

J'en tirai avec la sonde plus de 4 pintes d'urine. Alors le col de la matrice descendit dans l'excavation pelvienne au devant de son corps, et je m'aperçus qu'il existait une rétroflexion complète.

Pour opérer la délivrance, il me fallut porter la main dans l'utérus et ce ne fut pas sans difficulté que j'en vins à bout ; mais une fois parvenue dans sa cavité, rien ne fut plus facile que d'en soulever le fond, de le faire passer sur l'angle sacro-vertébral ; une contraction brusque et vive de ce viscère suffit alors pour déterminer l'expulsion simultanée de ma main et du placenta et pour maintenir l'organe en rectitude.

Dans ce dernier fait, comme dans celui de Denman, il y avait inertie de l'utérus, et cette inertie peut sans doute être incriminée, mais dans ces trois observations la distension de la vessie est la cause première du déplacement, et ces faits typiques sont suffisants pour donner une idée de la flexion par distension vésicale ; mais la rétroflexion peut se produire dans les jours qui suivent l'accouchement par d'autres causes que la rétention d'urine.

Martin, de Berlin, a décrit et figuré une rétroflexion due au défaut d'involution du point d'insertion du placenta.

D'après Churchill, Callisen et Blundell mentionnent des cas où cet accident succéda à l'accouchement, mais Churchill ajoute que ce fait doit être excessivement rare.

Pour Barnes la rétroflexion se produit souvent peu de jours après l'accouchement ; mais c'est là une assertion un peu vague et qu'il n'appuie sur aucun fait.

Le fait existe cependant ; il peut se produire sans qu'il y ait distension exagérée de la vessie, sans que la malade ait fait aucun effort. L'observation suivante qui m'est personnelle en est un remarquable exemple :

Mlle B..., 24 ans, couturière, se porte habituellement bien, quoiqu'elle soit maigre et très pâle.

Réglée à 12 ans, elle le fut régulièrement jusqu'à 17. Alors sans troubles marqués, probablement sous l'influence de la chlorose, ses règles se suspendent pendant six mois. Durant cette période, les fleurs blanches, qui n'ont jamais cessé depuis l'âge de 12 ans, sont un peu plus abondantes. Lorsque la menstruation se rétablit, les règles, d'une durée de trois jours, se passent sans souffrance ni malaise, et la santé était excellente, lorsque cette personne devint enceinte en avril 1879. La grossesse fut physiologique.

Le 16 janvier, après un travail de neuf heures, elle accoucha d'un garçon qui fut envoyé en nourrice et qui s'y est toujours bien porté. L'enfant se présentait par le sommet, l'accouchement fut spontané, et le travail terminé, le ventre fut le siège de quelques douleurs très tolérables.

L'accouchement se fit chez une sage-femme, qui, le troisième jour fit lever la patiente sous prétexte de faire son lit, et, pendant ce temps, la fit asseoir sur une chaise.

Elle éprouva en s'asseyant une douleur très vive, qui s'irradia dans le bas-ventre, les aines, les reins. On la recoucha au bout de vingt minutes, mais les douleurs, loin de se calmer, allèrent en augmentant. A ces douleurs se joignirent un sentiment de tension et une envie presque continuelle d'aller à la garde-robe. Elle ne put y aller qu'après l'administration de grands lavements, et les douleurs étaient si vives qu'elles lui arrachaient des cris.

Les envies d'uriner n'étaient pas plus fréquentes qu'auparavant et la miction nullement douloureuse.

L'écoulement lochial continuait.

Le neuvième jour on l'engagea à se lever et à retourner chez elle ; mais, une fois debout, les douleurs devinrent si aiguës qu'il lui fut impossible de faire un pas. On consentit à la garder trois jours encore. Le onzième jour, malgré des souffrances très vives et courbée en deux, elle put regagner en voiture son domicile. Là elle reste encore cinq jours sans réclamer de soins. Pendant ce temps douleurs vives en ceinture, ténesme rectal, envies d'aller à la garde-robe.

Les lochies continuent à couler.

Les envies d'uriner ne sont pas plus fréquentes, il n'y a pas de douleurs en urinant.

L'impossibilité absolue de se lever et de marcher, les douleurs con-

L'involution utérine est volontiers retardée ou empêchée chez les femmes qui se trouvent dans de mauvaises conditions hygiéniques, chez celles atteintes de manifestations diathésiques. Ici on pourrait peut-être invoquer la chlorose; ce n'est cependant pas cette cause qui arrêta l'involution, puisqu'il suffit de réduire pour qu'en trois jours le retrait de l'utérus se fît. L'explication est autre. Klob et Hewitt ont démontré que, dans toute flexion dont l'angle est aigu, il y a trouble marqué, gêne manifeste de la circulation veineuse et lymphatique. Tandis que les artères incompressibles continuent à apporter le sang artériel, les veines et les lymphatiques subissent une compression qui gêne la circulation de retour. Dans toutes les flexions un peu prononcées du corps de l'utérus il y a de l'œdème et de l'hypergénèse. Ici tout était réuni pour que ces conditions atteignissent leur plus haut degré d'intensité. Il s'agissait du degré le plus prononcé de la flexion, ce que Sommer a appelé *l'infraction*, la brisure; la face postérieure du corps de l'utérus était au contact de celle du col, leurs axes parallèles; et cette brisure maintenait ployé en deux un organe encore très ramolli et dont les veines et les lymphatiques au quatrième jour des suites de couches sont encore très volumineux. On s'explique ainsi pourquoi la masse de l'utérus n'avait pas sensiblement diminué, et comment le degré d'involution, qui s'était quand même opéré, était compensé par l'œdème manifeste dont était le siège le globe utérin.

En interrogeant avec soin la malade, on apprenait que si le ténesme rectal était plus pénible peut-être qu'immédiatement après l'accident, les douleurs avaient un peu moins d'acuité; les phénomènes de compression allaient en diminuant, il y avait commencement de tolérance. On peut en conclure qu'en abandonnant la flexion à elle-même, l'involution aurait fini par se faire, irrégulièrement sans doute, avec la gêne, la dysménorrhée, les rechutes qui sont le cortège habituel de la rétroflexion, mais suffisamment pour permettre à la malade de reprendre ses occupations. Ce qui donne plus de force encore à cette supposition, c'est que, malgré l'acuité de l'angle de flexion,

accusée, j'en excepte les flexions congénitales, il y a un certain le canal cervico-utérin n'était pas obturé, le liquide lochial, pendant les treize jours qu'a duré la flexion, a continué à s'écouler, peut-être avec quelque difficulté, mais sans qu'il y ait eu jamais arrêt de l'écoulement ; et, la réduction faite, le liquide ne s'est pas écoulé avec plus d'abondance, comme cela devait arriver s'il y avait eu rétention des lochies. On peut donc en conclure que plus tard l'écoulement du sang menstruel et du mucus utérin eût été possible, en s'accompagnant des accidents habituels de la rétroflexion. Cette histoire est en réalité celle d'un certain nombre de femmes chez lesquelles le déplacement suit de près l'accouchement, ou parce qu'elles se lèvent trop tôt, ou parce qu'elles reprennent trop vite leurs occupations, ou parce qu'elles se livrent à des travaux qui demandent de la force, et on comprend quel rôle doit jouer le phénomène de l'effort dans l'étiologie de la rétroflexion. Si les accidents sont rarement aussi soudains et aussi aigus, c'est que la flexion se fait graduellement et que le corps de l'utérus ne tombe pas d'un coup, comme chez notre malade, dans le fond du cul-de-sac rétro-utérin.

Quelques remarques cliniques découlent naturellement de cette étude. Après chaque accouchement, le repos au lit, et cela est écrit partout, doit être suffisamment prolongé ; ce n'est pas assez, il est prudent de ne pas laisser se lever les nouvelles accouchées avant de s'être assuré par l'exploration bi-manuelle, non seulement que l'involution est suffisante, mais encore que l'axe utérin a sa direction normale. Il n'est pas encore trop tard pour réduire et l'intervention peut avoir toute son efficacité. Car on remarquera dans l'observation citée plus haut qu'après treize jours cet utérus, ployé en deux au quatrième jour de l'accouchement, trop à l'étroit dans l'espace qu'il occupait, turgescent par la gêne de sa circulation de retour, n'avait donné lieu à aucune poussée inflammatoire. Il n'y avait pas d'adhérences; la réduction fut obtenue sans difficulté et, une fois réduite, la flexion n'eut aucune tendance à se reproduire.

Une autre remarque trouve ici sa place : dans toute flexion

degré d'œdème; dans les flexions qui se produisent après l'accouchement l'œdème est très accusé, il y a même une sensation d'empâtement. Ce phénomène, très compréhensible, a donné lieu à des erreurs de diagnostic. Le fait cité par Huguier à la page 102 du Traité de l'hystérotomie en est un exemple. Il s'agissait d'une femme qui avait repris ses travaux après un accouchement laborieux. Un mois après cet accouchement, elle fit un effort qui fut suivi de métrorrhagie et de vives douleurs. Le médecin qui la soignait crut à un abcès rétro utérin et l'adressa à Huguier. Grâce à la sonde utérine, Huguier reconnut que ce prétendu abcès rétro-utérin n'était autre qu'une rétroflexion. On pourrait ajouter que cette rétroflexion s'était produite sous l'influence de l'effort sur un utérus en état de subinvolution ; on pourrait ajouter aussi qu'à ce moment la réduction eût été possible. Mais si l'on n'intervient pas à temps, si l'on donne aux poussées inflammatoires du petit bassin le temps de créer des adhérences, au ramollissement et au tissu cicatriciel le temps de faire leur œuvre, la réduction devient difficile, périlleuse, parfois même impossible.

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'OVARIOTOMIE (1)

Par les Drs Fleetwood Churchill et A. Leblond.

Nous ne discuterons pas ici la question de savoir s'il vaut mieux opérer par la grande ou la petite incision, comme le faisaient les premiers opérateurs ; la pratique des Clay, Baker Brown, Sp. Wells et Kœberlé a prononcé.

---

(1) Extrait de la 3e édition de Churchill et A. Leblond, en voie de publication, chez J.-B. Baillière éditeurs.

L'incision doit être étendue, car dans ces conditions elle donne plus de facilité au chirurgien et plus de sécurité à la malade.

L'opération une fois décidée, le lieu où elle se fera une fois choisi, on procédera de la façon suivante :

La chambre sera suffisamment aérée, la température en sera maintenue à 70 degrés Fahrenheit (20 degrés centigrades environ) (Sp. Wells).

Un ou deux jours avant l'opération il convient de faire prendre un léger purgatif. M. Kœberlé a l'habitude de faire prendre la veille de l'opération 2 grammes de sous-nitrate de bismuth en 6 paquets dans le but de décomposer les gaz ou les liquides hydro-sulfurés contenus dans le tube digestif.

La patiente, couverte d'une longue robe de flanelle et les jambes entourées d'une épaisse couche d'ouate, sera placée dans le décubitus dorsal, sur un lit un peu ferme, étroit et exposé à une bonne lumière. Le lit dont on se sert à Paris (fig. 4) et qui a été construit par M. Mariaud sur les indications de M. Péan présente des avantages sur lesquels nous ne saurions trop insister. Il permet de porter aisément la malade dans son lit à l'aide de la plate-forme qui en forme la partie essentielle. Lorsque l'opération est terminée et que la malade a été déposée dans son lit, les deux parties qui constituent la plate-forme sont écartées l'une de l'autre à l'aide de la tige A, et la patiente tombe sans secousse dans le lit où elle vient d'être déposée.

L'anesthésie sera aussi complète que possible et sera continuée pendant toute la durée de l'opération. L'agent anesthésique employé est le chloroforme ; s'il survient des nausées et des vomissements comme cela arrive souvent, l'expérience a démontré qu'il suffisait de forcer la dose d'anesthésique pour les faire cesser aussitôt. M. Spencer Wells produit l'anesthésie au moyen du bichlorure de méthylène qui au dire, de cet auteur, produit moins souvent que le chloroforme des nausées et des vomissements.

Avant d'inciser la paroi abdominale, il convient de vider la vessie au moyen de la sonde, dans la crainte que le réservoir

urinaire distendu par de l'urine ne se trouve blessé dans le cours de l'opération.

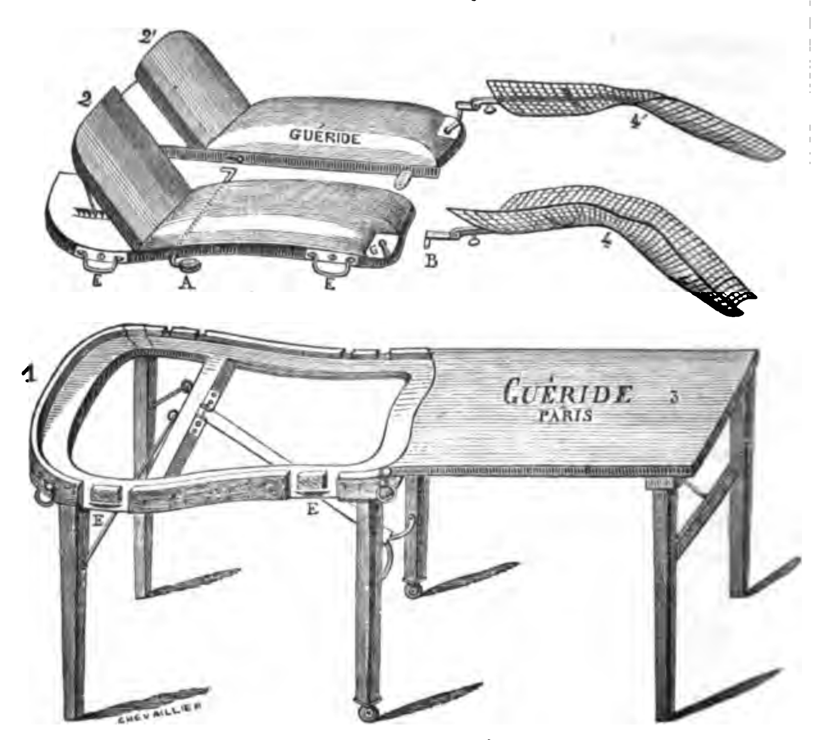


Fig. 1. — Lit à ovariotomie de Péan (1).

Quant aux éponges et aux instruments nécessaires pour l'opération, il convient de les passer dans une solution phéniquée afin de les débarrasser de toutes les particules organiques qui peuvent les souiller. Il convient aussi de se laver les mains

(1) 1, Cadre de bois sur lequel se posent les parties 2, 2' qui, réunies, forment une plate-forme sur laquelle repose le tronc. — 4, 4' gouttières pour supporter les membres inférieurs. — EE poignées pour soulever la plate-forme. — B, tenon venant s'adapter en G. — 3, partie antérieure du lit qui s'enlève, une fois la malade endormie, et qui est remplacé alors par les gouttières. — A tige qui réunit les deux parties qui forment la plate-forme.

dans la même solution ; on fera bien aussi de pulvériser dans la chambre où la malade va être opérée une solution phéniquée, afin de détruire tous les organismes vivants qui peuvent se trouver disséminés dans l'atmosphère.

Premier temps. — Incision des parois abdominales ; ouverture de la cavité péritonéale. — L'opérateur, placé au côté de la ma-

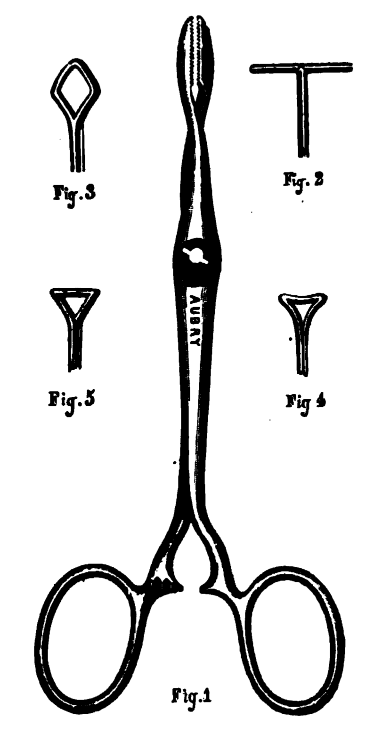


Fig. 2. — Pinces hémostatiques (1).

lade ou entre ses jambes s'il se sert du lit de M. Péan, incise la paroi abdominale couche par couche, exactement sur la ligne médiane, en commençant un peu au-dessous de l'ombilic

(1) 1, Modèle le plus communément employé. — 2, extrémité en T. — 3 extrémité en losange. — 4 et 5, extrémité en triangle.

pour s'arrêter à 5 ou 6 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne; à mesure que l'on opère la section des tissus, on arrête tout écoulement de sang à l'aide de pinces hémostatiques dont les mors présentent des formes variées suivant la quantité de tissu qu'il s'agit de saisir (fig. 2). Lorsque tout écoulement de sang est tari, on incise le péritoine sur la sonde cannelée et la tumeur se trouve alors mise à nu.

S'il existe de l'épanchement ascitique, on voit le liquide s'échapper et se répandre au dehors dès que le péritoine est ouvert.

La main du chirurgien introduite dans la cavité de l'abdomen explore la surface de la tumeur et se rend compte des particularités qu'elle présente.

Si l'on s'aperçoit alors que l'incision de l'abdomen est insuffisante pour permettre l'extraction facile de la tumeur, il ne faut pas hésiter à prolonger l'incision vers la partie supérieure au-dessus de l'ombilic. L'incision est alors pratiquée au moyen de forts ciseaux, en contournant l'ombilic à gauche afin de ménager le ligament suspenseur du foie.

Une fois l'incision terminée, la main est introduite de nouveau dans la cavité abdominale et sert à détruire les adhérences qui peuvent exister du côté de la paroi abdominale; les adhérences qui peuvent exister du côté de l'ombilic et des intestins seront détruites de préférence après la ponction du kyste lorsqu'elles sont accessibles à la vue. Si l'épiploon est adhérent au kyste, il faut, autant que possible, éviter de le blesser à cause de l'écoulement de sang qu'il fournit. Avant de l'inciser, il faut le comprendre dans une double ligature de catgut ou entre des pinces en T et sectionner entre les points où elles ont été insérées.

Second temps. — Réduction du volume de la tumeur. — Lorsque la tumeur est libre de toute adhérence avec les parois abdominales, on la ponctionne en se servant d'un gros trocart communiquant avec un appareil aspirateur au moyen d'un long tube de caoutchouc inséré sur l'instrument au delà de l'endroit où se trouve placée la tubulure latérale (fig. 3).

Pendant la ponction il est utile de garnir le kyste au voisinage du trocart avec des éponges ou des linges pour éviter que le liquide kystique qui s'écoule toujours plus ou moins au pourtour de la canule ne tombe dans le péritoine.



Fig. 3. — Trocart à ovariotomie.

Pendant l'écoulement du liquide deux aides compriment la paroi abdominale, afin de maintenir les viscères et d'éviter les troubles qu'amènerait infailliblement un changement brusque dans l'équilibre circulatoire. On aura soin que le liquide ne pénètre pas dans la cavité péritonéale et, le kyste une fois vidé, on épongera avec soin les bords de l'ouverture et la tumeur elle-même, avant de procéder à l'extraction.

Si le kyste offre des adhérences avec les organes abdominaux, on essayera de détruire les adhérences par quelques tractions, ou, si elles sont trop résistantes, on les coupera avec le bistouri ou des ciseaux. Si des veines ou des artères volumineuses sont coupées ou déchirées, on les liera à mesure. On isolera alors le pédicule de la tumeur, et l'on portera sur ce pédicule une forte ligature.

Si le kyste est multiloculaire et volumineux, s'il existe plusieurs kystes, chaque loge, quand on ne pourra en détruire les cloisons, chaque kyste sera ponctionné séparément afin de réduire la tumeur aux proportions qui permettent de l'extraire. On se sert d'une pince forte et à point d'arrêt, munie de dents multiples et courtes, pour mieux saisir le kyste sans le déchirer (fig. 4 et 5.) Quelquefois il arrive qu'on en déchire des lambeaux en essayant de détruire les adhérences : il faut, dans ce cas,

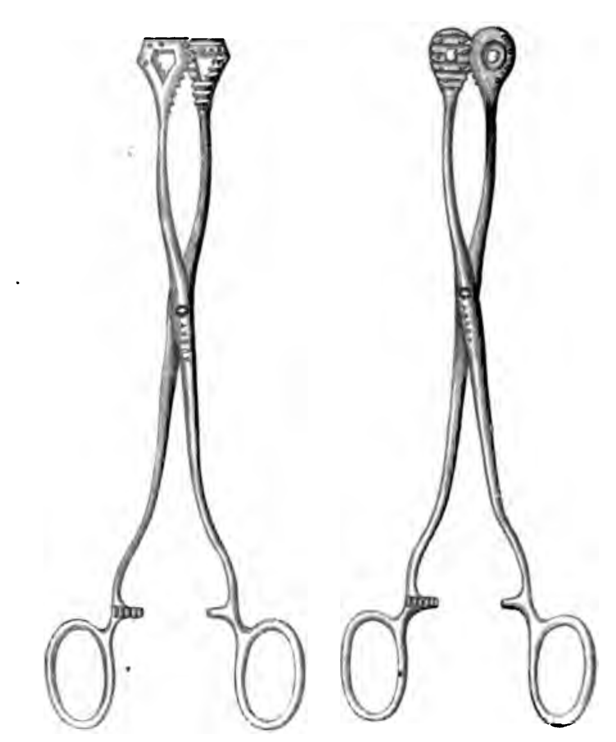


Fig. 4. — Pinces à arrêt et à pointes de Nélaton

Fig. 5. — Pinces à arrêt et à pointes de Péan.

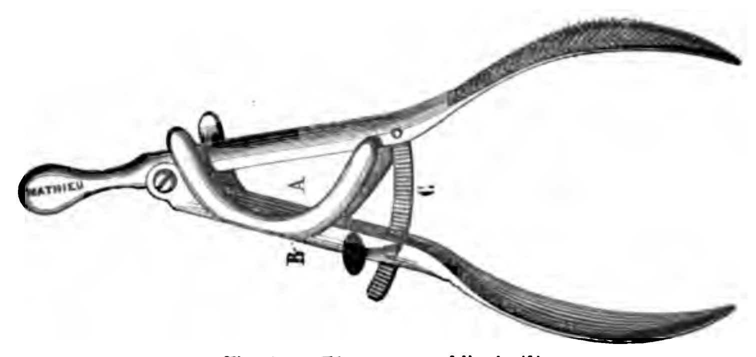


Fig. 6. — Pince-serre-pédicule (1).

(1) A, triangle à angles arrondis. — B, branche formant le croissant. — C, crémaillère qui sert à fixer l'instrument.

lorsqu'on ne pourra en enlever qu'une portion, amener ce qui reste le plus près possible de la plaie extérieure, afin que ces portions y adhèrent et soient détruites au moins partiellement pendant le travail de réparation.

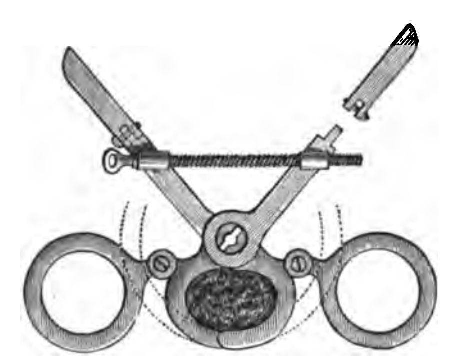


Fig. 7. — Constricteur circulaire représenté complètement ouvert. — Chacune de ses branches présente une articulation qui permet d'en diminuer la longueur (Kœberlé) (1).

Troisième temps.— Ligature et excision du pédicule; hémostase définitive et toilette du péritoine. — Lorsque toute la tumeur est tirée en dehors de l'abdomen, on saisit entre les doigts le pédicule qui est formé par la partie du ligament large qui adhère

(1) Le constricteur circulaire de Kœberlé, fabriqué par Elser, se compose de deux branches séparées, articulées à la manière d'un forceps. Les manches de l'instrument sont serrés par la pression des doigts et sont ensuite fixés par une vis transversale. Chaque manche de l'instrument se termine par une lame courbe, étroite, dont l'extrémité offre une courbure exactement concentrique à l'articulation, et qui se superpose sur la lame opposée. Les deux lames chevauchent l'une sur l'autre, à la manière de ciseaux, en exerçant une constriction très régulière, grâce à l'espace de forme circulaire qu'elles interceptent par leur concavité, jusque vers le moment de leur rapprochement complet. A chaque lame courbe est annexé un anneau métallique mobile, destiné à s'appliquer sur la paroi abdominale et à empêcher l'instrument d'être entraîné par le pédicule ovarique. La concavité de chacune des deux lames courbes présente un bord mousse. Le constricteur circulaire peut être enlevé très facilement grâce à la manière dont ses branches se désarticulent. Le peu de largeur des lames constringentes permet de tenir la plaie très propre.

à l'ovaire et dans lequel sont contenus les vaisseaux qui se rendent à l'ovaire, et en outre par la trompe de Fallope adhérente

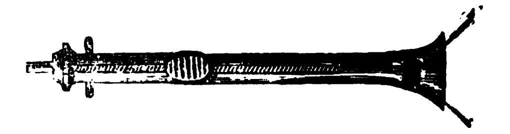


Fig. 8. — Serre-nœud (Kœberlé).

à l'ovaire par sa frange ovarique, et l'on se met en devoir d'en opérer la section ; avant de pratiquer cette section du pédicule, il convient de comprendre ce dernier dans une ligature fortement serrée. Il y a peu de temps encore on se servait d'instruments de formes diverses (fig. 6 et 7) désignés sous le nom de *clamps* et formés de deux branches pouvant se rapprocher

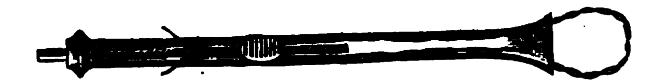


Fig. 9. — Serre-nœud muni d'une anse de fil métallique (Kœberlé).

pour étreindre le pédicule. Ces instruments très lourds et très gênants ont été peu à peu abandonnés et remplacés par une simple ligature de fil de fer (fig. 8 et 9) et, dans ces derniers temps, par une ligature de catgut.

L'instrument le plus habituellement employé, à Paris du moins, pour opérer la constriction du pédicule, est connu sous le nom de ligateur serre-nœud de Cintrat (fig. 10).

Ce ligateur serre-nœud est composé de deux parties qui permettent de tordre le fil lorsque la constriction du pédicule est suffisante.

Pour empêcher le pédicule de se rétracter dans la cavité de l'abdomen et d'entraîner le fil de fer qui a servi à la ligature, on traverse le pédicule immédiatement au-dessous de la ligature avec deux broches de fer placées en croix et dont les extrémités, longues de plusieurs centimètres, appuient sur la paroi

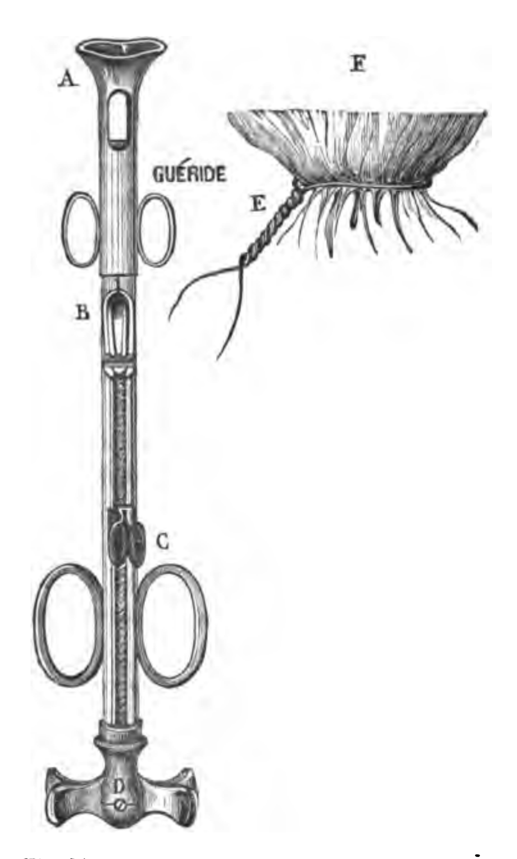


Fig. 10. — Ligateur serre-nœud de Cintrat (1).

---

(1) Le fil de fer, après avoir contourné la tumeur, a ses extrémités passées dans la partie A qui est divisée en deux parties comme les canons d'un fusil. Ces extremités sont ensuite fixées sur le point C; on opère alors la constriction, au moyen d'une vis de rappel, en faisant tourner la partie D. Quand on juge le degré de constriction du fil suffisant, on fixe la partie A en saisissant les anneaux dont elle est munie et l'on imprime au corps de l'instrument un mouvement de rotation à l'aide de deux grands anneaux qu'il présente. On fait ainsi trois ou quatre tours et l'on obtient alors une ligature par torsion du fil représenté en E. Quand on juge la torsion suffisante, on coupe le fil en B à l'aide d'une pince coupante et l'on enlève l'instrument.

abdominale. Les broches doivent avoir une direction oblique : l'une de gauche à droite et de haut en bas, l'autre de droite à gauche et de haut en bas. On protège la peau contre le contact immédiat des broches au moyen de compresses de linge.

La tumeur une fois excisée, il faut avec le soin le plus minutieux, déterger le petit bassin et l'abdomen des caillots et des liquides qui peuvent s'y être épanchés au moyen d'éponges fines, tenues à la main ou montées sur des tiges de bois lavées dans une solution phéniquée et convenablement exprimées. Cette partie de l'opération doit être faite avec le plus grand soin. Spencer Wells attache la plus grande importance à cette *toilette du péritoine*.

Cet auteur n'a jamais vu qu'il y eût inconvénient à la faire aussi complète que possible, et il a quelquefois regretté d'avoir négligé certains détails dans ce temps de l'opération. M. Kœberlé, avec beaucoup de chirurgiens, admet que l'importance de la toilette du péritoine a été très exagérée. Il n'y a guère inconvénient à laisser dans la cavité du péritoine de petites quantités de sang et de sérosité.

On repousse ensuite dans la cavité abdominale tous les organes qui ont pu momentanément être attirés vers l'incision.

Quatrième temps. — Traitement du pédicule. — Le pédicule de la tumeur, une fois excisé au-dessus de la ligature, est placé dans la partie inférieure de la plaie abdominale. Cette façon de procéder a reçu le nom de traitement du pédicule par la *méthode extra-péritonéale* par opposition au traitement par la *méthode intra-péritonéale* et par *pédicule perdu* dans laquelle on abandonne le pédicule une fois lié avec un fil de catgut dans le fond de la cavité pelvienne.

Le traitement par la méthode intra-péritonéale, considéré comme dangereux il y a quelques années, tend à remplacer de nos jours la pratique qui consiste à placer le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Les succès que cette méthode fournit paraissent même supérieurs à ceux de la méthode extra-péritonéale. Lorsqu'on abandonne ainsi le pédicule

dans la cavité abdominale, la ligature doit être faite, avons-nous dit précédemment, avec un fort fil de catgut. Il est bon dans ce cas de traverser le pédicule avec un fil double qui permet de faire deux ligatures séparées ; on s'assure mieux de la sorte contre les dangers de l'hémorrhagie et l'on n'a pas à redouter de voir le fil glisser et laisser ainsi le pédicule sans ligature.

Suture de la plaie. — Lorsque la toilette du péritoine est suffisamment complète et lorsqu'on s'est bien assuré qu'il ne s'écoule pas de sang, on procède à la suture de la plaie abdominale, en allant de haut en bas. On fait alternativement une suture profonde comprenant le péritoine et une suture superficielle qui ne traverse que la peau. Les sutures profondes sont faites avec de fortes épingles ou avec des fils d'argent que l'on passe en se servant d'une aiguille tubulée, légèrement courbe et que l'on insinue dans la peau à 3 ou 4 centimètres de la ligne de section. Pour les sutures superficielles le fil d'argent est passé au moyen d'une aiguille courbe ordinaire. Quand tous les fils sont passés, on tord les fils en ayant soin de mettre le péritoine en contact avec lui-même, et d'affronter soigneusement la peau.

Immédiatement au-dessus et au-dessous du pédicule, lorsque ce dernier est placé dans la plaie abdominale, M. Péan a l'habitude de placer une grosse épingle à tête de verre (fig. 11) afin d'obtenir un rapprochement des tissus aussi complet que possible et d'éviter le tiraillement des parties inférieures de la plaie.

Si l'on pratique la suture avec des épingles, on l'entoure aussitôt d'une suture entortillée et l'on procède ensuite au passage de l'épingle suivante.

Pansement. — L'opération terminée, M. Kœberlé conseille de toucher le pédicule avec un pinceau imbibé de perchlorure de fer à 30° qui le momifie et le dessèche aussitôt. Si l'on a fait la suture avec des épingles, on place au-dessous de leurs extrémités une bandelette de linge qui empêche la peau d'être excoriée, on recouvre le ventre d'une couche très épaisse d'ouate et l'on

entoure le tronc d'une large bande de flanelle destinée à exercer une compression assez énergique.

Quelques chirurgiens ont l'habitude de placer une légère couche d'ouate au niveau de la suture et d'y verser une forte quantité de collodion. Par dessus ils matelassent le ventre comme il vient d'être dit.

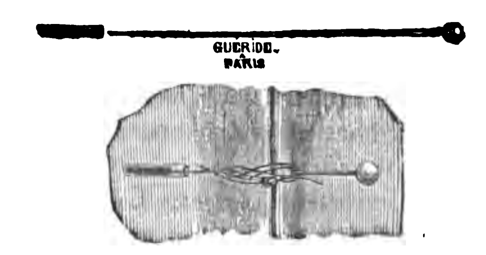


Fig. 11. — Grosse épingle à tête de verre avec son étui pour protéger la pointe, destinée à être placée au voisinage du pédicule.

Soins consécutifs. — On réveille alors la malade que l'on place dans un lit bassiné et on l'entoure de serviettes chaudes, on fait fléchir légèrement les membres inférieurs en plaçant un coussin sous les jarrets et l'on fait garder le décubitus dorsal pendant plusieurs jours.

S'il survient des vomissements, on soutiendra le ventre à l'aide des mains.

On donne en général, après l'opération, un peu de vin de champagne qui tire la patiente du collapsus où l'opération l'a plongée et dont l'acide carbonique tend à empêcher les vomissements. Beaucoup de chirurgiens ne donnent, dans les premiers jours qui suivent l'opération, que de l'eau fraîche ou de la glace afin de calmer la soif; on administre aussi, peu de temps après l'opération, de l'opium par doses fractionnées qui maintient l'intestin immobile et procure du calme à la malade; on peut remplacer l'opium par une injection hypodermique de morphine s'il existe de vives douleurs.

M. Kœberlé permet au bout de quatre ou cinq heures un peu de bouillon ou de thé et, dès le lendemain de l'opération, un peu

de café au lait ou de chocolat, puis, si tout va bien, il permet des aliments au bout de six à huit jours.

La vessie doit être vidée au moyen de la sonde toutes les trois ou quatre heures, et même plus souvent s'il est nécessaire.

Les points de suture profonde peuvent être enlevés du quatrième au dixième jour suivant les cas.

La ligature du pédicule doit être laissée en place un peu plus longtemps, dans la crainte de voir survenir une hémorrhagie et de s'exposer au retrait du pédiculé dans l'intérieur de la cavité abdominale. On doit attendre que la ligature tombe d'elle-même, ce qui a lieu du dixième au quinzième jour.

Les malades doivent séjourner au lit environ trois semaines, afin que la cicatrice puisse résister à la pression de la masse intestinale. Il est bon de soutenir le ventre à l'aide d'une ceinture abdominale.

Accidents pendant l'opération. — Les accidents qui peuvent se montrer pendant l'opération sont : les vomissements, l'issue des intestins, la blessure de ces organes, la blessure de la vessie, des uretères, du foie.

Les vomissements qui surviennent pendant l'opération sont facilement arrêtés en augmentant la dose de chloroforme. Sous l'influence de l'état anesthésique les contractions spasmodiques du diaphragme cessent de se produire. On suspendra momentanément l'opération et l'on soutiendra avec soin la masse intestinale pour l'empêcher de faire issue au dehors.

Si cependant cet accident venait à se produire, on fera rentrer les anses intestinales à l'aide des mains et l'on se hâtera de rétrécir la plaie abdominale en appliquant un ou deux points de suture vers la partie supérieure de l'incision.

Si la vessie venait à être ouverte, comme cela est arrivé malheureusement, on suturerait les bords de l'ouverture au moyen d'un catgut et l'on introduirait une sonde à demeure dans l'urèthre pendant trois ou quatre jours.

La blessure de l'intestin serait traitée de la même manière

en ayant soin d'amener l'anse dans la plaie abdominale afin d'établir une fistule stercorale.

La blessure de l'uretère ne peut guère se produire que dans le cas de kyste du ligament large. Le Dr Nussbaum (de Munich) (1) ayant vu cet accident se produire rétablit artificiellement la communication de ce conduit avec la vessie.

Enfin, dans le cas de blessure du foie, il survient un écoulement de bile et des hémorrhagies. Cet accident est, on le conçoit, très grave.

Complications et suites de l'opération.— Voici, d'après Gaillard Thomas, la liste des complications les plus redoutables (2):

Pendant le premier jour l'*hémorrhagie*, et du second au quatrième jour la *péritonite ;*

Du premier au troisième ou quatrième jour l'*épuisement* et la *prostration nerveuse.*

Du quatrième au quatorzième jour, la *septicémie.*

Ajoutons à cette liste la *tympanite*, l'*hémorrhagie lors de la chute du pédicule*, les *crampes utérines*, le *ténesme anal et uréthral*, la *production de trajets fistuleux*, enfin le *tétanos* et l'*érysipèle.*

L'hémorrhagie peut survenir peu de temps après l'opération, lorsque le pédicule n'a pas été suffisamment serré. Dans le cas où cet accident se produit, il faut sans hésiter enlever le pansement et toucher le pédicule avec le fer rouge. Dans les cas où le pédicule aurait été laissé dans l'abdomen, il faut ouvrir la plaie, lier le vaisseau qui donne du sang avec un fil de catgut et refaire de nouveau la toilette du péritoine.

La *péritonite* peut être générale ou limitée au petit bassin. L'inflammation généralisée se développe en général peu de temps après l'opération et entraîne rapidement la mort. Cette inflammation sera combattue en donnant des doses fractionnées d'opium qui immobilisent l'intestin, on devra se contenter de donner des aliments liquides.

---

(1) Nussbaum, *Annales de gynécologie*, t. V, p. 406.

(2) Gaillard Thomas, *Diseases of women.* — Traduction par le Dr Lutaud.

Quant à la *septicémie* qui resulte de l'absorption des liquides putréfiés, épanchés dans la cavité abdominale, elle s'annonce par de la prostration, une pâleur extrême, et une élévation marquée de la température, un pouls petit, faible et rapide, la sécheresse de la langue. Lorsque cette complication se produit, il faut sans retard donner issue aux liquides décomposés en ouvrant la plaie abdominale vers sa partie inférieure, et en introduisant un tube de verre dans le fond de la cavité pelvienne, lequel permet de faire des lavages avec une solution phénique, ou bien en ponctionnant le cul-de-sac recto-vaginal.

Si le foyer d'infection siège dans l'épaisseur des parois abdominales comme cela se voit quelquefois, on écartera les bords de la plaie pour permettre au liquide de s'écouler librement.

L'*épuisement* nerveux ou *collapsus* peut résulter de la perte de sang abondante que les malades ont subie dans le cours de l'opération, on voit alors la patiente s'affaisser graduellement et mourir au bout de quelques heures dans le collapsus, circonstance que les Anglais désignent sous le nom de *shock*.

La *tympanite* caractérisée par un développement exagéré de gaz intestinaux se développe sans fièvre, ce qui éloigne l'idée d'une péritonite. Le développement considérable de l'intestin refoulant le diaphragme gêne considérablement la respiration ; on cherchera à solliciter les contractions de l'intestin en administrant un léger purgatif ou on introduira dans le rectum une grosse canule. Si ces moyens échouent, on fera une ponction capillaire de l'intestin. M. Kœberlé remédie à la distension exagérée de l'estomac en introduisant une sonde œsophagienne et en aspirant les liquides et les gaz, puis il fait des lavages.

S'il survenait une hémorrhagie au moment de la chute du pédicule, on arrêterait l'écoulement sanguin par le tamponnement ou avec des pinces hémostatiques.

Les *crampes utérines*, le *ténesme anal* et *uréthral* résultant probablement de la constriction des nerfs qui se rendent à l'ovaire seront calmés par l'administration des narcotiques.

Si un trajet fistuleux persistait à la suite de l'opération, il con-

viendrait de l'élargir avec des tiges de laminaria, et de pratiquer des injections iodées; on pourrait aussi introduire un drain pour faciliter l'issue des liquides.

REVUE DE LA PRESSE.

LES DANGERS DES MANIPULATIONS ET DES OPÉRATIONS UTÉRINES LES PLUS SIMPLES.

Par le Dr G.-T. Engelmann, de Saint-Louis (Etats-Unis)

Traduction par le Dr A. Cordes (*de Genève*).

SUITE (1).

Tentes-éponges.

Cas. VIII. — Péritonite à la suite de l'emploi d'une éponge préparée.

Mme John Miller, 23 ans, était affectée d'antéflexion et d'endo-trachélite. Je vis la malade en septembre 1873; je commençai la dilatation le 23. Le 25, pendant que l'utérus était bien dilaté par une grosse éponge, et malgré les ordres les plus stricts de demeurer au lit, cette malade nettoya le seuil de la maison et vaqua dans la salle. A la suite de cet exercice, le 26, je trouvai une péritonite diffuse qui ne tarda pas à céder à un traitement approprié, mais se termina par une lente convalescence.

Cas IX. — Mort causée par les tentes-éponges.

Le Dr J. Tuber Johnson, de Washington, cite le fait suivant: « Il y a dix ans environ, je faisais la dilatation préparatoire pour enlever un fibroïde devant mes élèves. J'employai trois tentes, l'une après l'autre, afin de rendre la tumeur plus accessible. A la troisième, la

---

(1) Voir le numéro d'octobre.

métrite se déclara, puis la péritonite ; et, en dépit du traitement et des soins les plus attentifs, la malade succomba. Elle avait une procidence complète. Le cas semblait fort simple : l'utérus avait été assez maltraité, meurtri pendant la marche et la station assise, on avait fait deux opérations sur le vagin pour maintenir la matrice, et le périnée avait été refait, sans qu'il se fût produit de réaction fâcheuse; après toutes ces secousses, elle succomba à la simple application d'une éponge !

Cas XI. — Mort à la suite de l'introduction d'éponges préparées.
(*Am. J. of obst.*, août 1874, p. 279.)

Dans la séance de la Société obstétricale de Philadelphie du 4 décembre 1873, le Dr F. de Villard présenta l'utérus d'une femme morte après la dilatation de l'utérus au moyen d'éponges. La malade avait été mariée huit ans sans avoir d'enfants. On employa trois éponges l'une après l'autre ; la dernière, d'un plus petit volume, fut introduite le vendredi. Le samedi, la malade, transgressant mes ordres, fit aller la machine à coudre ; le dimanche matin, elle était fort souffrante, l'abdomen était sensible, elle avait de la fièvre, etc. ; elle mourut le neuvième jour. Cellulite péri-utérine, puis péritonite générale. Le feuillet pariétal du péritoine était recouvert par de la lymphe, et on trouva un petit abcès à gauche de l'utérus.

Le Dr Unood Wilson rapporte un cas analogue. Le jeudi, il introduisit une tente-éponge chez une malade stérile et dysménorrhéique, et, le samedi, matin une autre qu'il laissa jusqu'au dimanche matin. La malade semblait si bien qu'il lui permit de descendre (1) ; mais elle fit plus, elle alla à l'église le soir. La nuit suivante elle eut un frisson, le lundi la péritonite se déclara et elle mourut le mardi.

Le Dr Lennox Hodge a vu un cas mortel dans des conditions semblables : la première éponge fut placée le samedi, la deuxième et la troisième le dimanche et le lundi ; avant que cette dernière fût enlevée, la malade se plaignit d'une douleur abdominale

(1) Sans doute, non dans la rue, mais au salon ; les Anglais et les Américains occupent le plus souvent une maison entière, et le salon et la salle à manger sont au rez-de-chaussée (A.-C.).

aigüe; quatre jours après elle mourut de péritonite. A l'autopsie on trouva une tumeur ovarique double.

Le Dr A.-H. Smith cite un cas de mort arrivée le troisième jour après l'emploi de la curette introduite dans un utérus dilaté avec les éponges. Il ne craint pas l'usage des éponges, même à sa consultation; le danger vient de leur emploi répété; il n'hésite pas à en placer une seconde, mais il craint la troisième.

Le Dr Goodell rapporte un cas de mort, venu à la suite de l'introduction de trois éponges chez une femme qui avait une tumeur pariétale et qui avait été maniée par plusieurs médecins.

Les gynécologistes les plus capables et les plus habiles ont reconnu les dangers, quelquefois mortels, des éponges. Ainsi Parvin : « Les éponges m'ont souvent causé de grandes inquié- « tudes, car j'ai vu leur application suivie d'inflammation circa- « utérines grave; je n'ai jamais eu de mort, mais deux fois « des abcès. »

Skene a vu trois cas de cellulite, et M. A. Pallen, de New-York, sur 150 fois qu'il a placé des tentes, a vu 2 morts par péritonite, 16 pelvi-cellulites, et une métrite avec abcès (Pallen, *Incision and division of the cervix uteri*, *Am.*, *J. of obst.* juillet 1877, p. 364.)

Le Dr Mundé, de New-York, me dit qu'il a vu deux fois une ovarite aiguë suivre l'usage des tiges de laminaire.

Le Dr T.-G. Thomas m'a raconté quatre cas de mort dans sa pratique, survenus à la suite de l'emploi des éponges; et le Dr J.-R. Chadwick m'a parlé d'un cas de mort amené par l'introduction d'une tente de *Tupelo* (1), appliquée pour faciliter la conception chez une femme stérile.

Voilà un bien petit nombre d'exemples pris dans la pratique de quelques gynécologistes très répandus, qui ont eu la droiture et la bonté de me raconter leurs malheurs, pour rendre les autres prudents. Le cas le plus instructif est le cas X... appartenant au Dr Emmet et que je cite textuellement : « ...... J'ai

(1) Sorte de gommier ou de caoutchouc, disent les dictionnaires (A.-C.).

« perdu derniérement une malade d'une péritonite causée par « sa propre imprudence: après l'introduction d'une éponge; con« trairement à mes ordres, elle se leva et marcha nu-pieds. « Mes précautions, après l'introduction d'une éponge, ont été « souvent raillées par des médecins qui en placent dans leur « cabinet, puis laissent leurs malades rétourner chez elles. Je con« fine mes malades au lit, et les confie à une garde pour éviter « toute imprudence; cependant, je ne puis toujours éviter le « danger. Dans le cas dont je parle, l'opérée avait une garde, « il lui avait été enjoint de rester tranquille au lit, elle connais« sait les dangers de toute imprudence. Malgré tout, tandis que « la garde la quittait pour un instant, elle se leva et marcha « sur une toile cirée jusqu'à la chambre voisine; la nuit sui« vante elle eut un frisson, et succomba, moins d'une semaine « après, à la péritonite intense qui suivit. »

L'usage des tentes-éponges ou de laminaria, exige les plus grands soins, et il faut observer les précautions suivantes :

1° L'opérée doit rester au lit pendant la dilatation.

2° Il faut dilater rapidement et, si possible, n'employer pas plus de deux tentes et ne laisser chacune d'elles que le temps nécessaire pour obtenir la dilatation qu'elle peut donner.

3° La malade doit faire, en restant dans son lit, des injections de lavage chaudes, désinfectantes, et le médecin doit laver la cavité utérine avant d'introduire une nouvelle tente.

J'ai souvent commencé par placer une tente d'ormeau polie, pour dilater le col, le lendemain, avec le dilatateur, et y passer une forte tente-éponge, qui permettait, douze heures plus tard, l'introduction d'une éponge du plus gros calibre. Si l'application d'une troisième éponge n'est pas une audace, c'est en général elle qui fait le mal.

Goodell, lui si fortuné, explique ainsi ce fait : « Le mal est « fait, non par la première tente ou par le premier paquet de « tentes, mais par celles qu'on introduit à la seconde ou à la « troisième séance ; la première tente irrite et congestionne le « col ; son extraction érode la muqueuse et y crée une surface

« vive, qui absorbe les pertes fétides ou les substances septiques « produites par les tentes qui lui succèdent. »

III. — Dangers des opérations les plus ordinaires faites sur l'utérus.

Il faut des soins et de la propreté, sinon même le *listérisme*, dans les opérations utérines les plus simples ; et il faut exercer un contrôle strict sur la malade pendant les suites du traitement, même s'il ne consiste que dans le repos absolu et la propreté. Cette règle est d'autant plus nécessaire qu'après une légère opération la malade peut n'éprouver ni fièvre ni souffrances, bien au contraire, il se peut que le bénéfice de l'opération se fasse sentir aussitôt que la douleur et les angoisses ont disparu ; elle peut alors se croire guérie, et libre de se mouvoir à son gré.

Je donne toujours à mes opérées les ordres les plus fermes à cet égard, et, une fois, j'ai vu la mort résulter de l'infraction à ces règles tant ridiculisées ; une autre fois, j'ai failli perdre une malade qui s'était exposée à un très léger refroidissement causé par un changement de température que je n'avais pas prévu.

J'ai été très flatté de voir mes idées, apparemment exagérées, aussi complètement confirmées par un homme de l'expérience du Dr Emmet, qui m'a écrit dans une lettre reçue dernièrement : « Quand j'ai opéré dans les hôtels ou les pensions, « j'ai souvent perdu mes malades, à la suite d'opérations « insignifiantes, parce que je ne pouvais pas les garantir « contre leur propre incurie. J'en suis venu à n'opérer « que dans *mon* hôpital, où mes malades sont soignées et sur« veillées comme je l'entends ; les résultats ont été des plus sa« tisfaisants. »

Le repos et des soins attentifs durant les suites de l'opération sont de toute importance ; mais, en dépit des précautions, il peut se produire des accidents funestes. Les livres que vous

consulterez avant de faire une opération ne vous parleront guère de ses dangers, sauf quand il s'agit d'une ovariotomie ou d'une grosse opération. Ils vous diront le manuel opératoire, mais non les précautions délicates ni les soins assidus qu'exige l'opérée, car, une fois que le chirurgien a tranché, elle n'a plus d'intérêt pour eux.

J'ai dit un mot de la propreté ou du système de Lister pendant l'opération, et du repos après; je dois ajouter que, entre les plus importantes précautions, avant d'opérer, est l'exclusion des influences septiques.

Non seulement il est dangereux d'opérer quand on a dans sa clientèle un cas de fièvre septique ou puerpérale, mais il est imprudent de le faire pendant une épidémie, et surtout au printemps ; telle est du moins mon expérience personnelle.

En mars et avril 1880, j'avais perdu une femme de septicémie puerpérale, sans infection apparente, et c'est à ce moment que j'ai fait mes deux opérations XIV et XVII ; quoique fort simples, elles ont mal marché. D'autres ont fait la même remarque, ainsi le Dr Emmet, qui m'écrit ; « Les moindres opérations « m'ont donné des ennuis, tout particulièrement au printemps, « lorsqu'il y avait des cas de fièvre puerpérale. »

Le Dr Marcy, de Cambridge, dit aussi : « Nous avons eu « dans notre voisinage une malheureuse influence épidémique « au printemps dernier, qui a forcé plusieurs d'entre nous, « pendant plusieurs semaines à faire le moins possible de chi- « rurgie. »

Le Dr Baker, de Boston, dit que c'est à ce moment qu'il a eu son cas fatal, et qu'il croit que c'est à la même époque que le Dr C.-B. Porter a perdu une malade de rupture du périnée dans l'hôpital général des Massachussets. « Dans ce temps, « bien des accoucheurs se plaignaient de la difficulté qu'avaient « leurs accouchées à se remettre ; j'ai dû renoncer à opérer, « même à me servir de tentes, soit à l'hôpital, soit en ville, « pendant six semaines, jusqu'à ce que j'aie été informé par le « Bureau d'hygiène que l'état sanitaire de la ville était rede- « venu bon. »

Cette condition hygiénique du milieu dépendant de certaines influences atmosphériques ou telluriques, nous devons la prendre en considération, aussi bien que le danger d'une infection personnelle.

L'homme a l'habitude de rapporter ses succès, et non ses revers ; et même l'habile chirurgien allemand Hégar a tranquillement enterré son premier cas d'extirpation des ovaires, laissant ainsi au courageux et fortuné Américain R. Battey l'honneur de la nouvelle opération qui porte maintenant son nom. Hégar n'a pas renouvelé son essai avant que Battey eût publié une série de réussites ; ce n'est qu'alors qu'il a réclamé pour son cas mortel, qu'il désirait d'abord cacher, pour établir la question de priorité en sa faveur.

C'est toujours ainsi. Porro n'aurait sans doute point parlé de son opération, si son opérée avait succombé ; il ne l'aurait pas publiée, pas plus que Hégar la sienne.

Plus l'opération est audacieuse, désespérée, plus, si elle réussit, le chirurgien qui l'a faite est disposé à en parler. Ces succès *font* la littérature médicale de nos jours ; des échecs et des morts nous ne savons rien et, dans ce siècle de chirurgie antiseptique, on obtient des résultats si miraculeux que tous les praticiens se croient autorisés à se servir largement et souvent sans souci du bistouri, de la curette et d'instruments moins dangereux, qui cependant sont souvent des instruments meurtriers.

Scarifications du col.

Cas XI. — Mort à la suite de scarifications du col.

La plus simple des opérations sanglantes est sans contredit la scarification du col. Cependant, elle peut être suivie de mort, même dans les mains d'un homme aussi adroit et aussi habile que le Dr Parvin, d'Indianopolis ; c'est un avertissement pour tous.

Voici les termes mêmes de Parvin :

« La malade était une dame délicate, âgée de 24 ans, mariée, mais

stérile, qui souffrait d'une métrite chronique, et d'une menstruation douloureuse et peu abondante. Je la scarifiai trois ou quatre fois avec tant de succès, que je me laissai aller à le faire trop souvent ; trente-six heures après la dernière scarification, elle fut prise d'une péritonite qui l'emporta rapidement.

Comment expliquer ce fait ?

Incision de l'orifice externe.

Cas XII. — Mort par pelvi-cellulite et péritonite générale, à la suite d'un refroidissement, cinq jours après une incision bilatérale superficielle du museau de tanche.

M. M..., 26 ans, domestique, souffre plus ou moins, depuis des années, de douleurs lombaires et de dysménorrhée en conséquence d'une endo-trachélite avec antéflexion, et présente un col du calibre d'une épingle. Elle a été traitée, de temps en temps, par plusieurs médecins sans obtenir autre chose qu'un bénéfice temporaire. Le repos lui faisait un grand bien, mais, quoique forte et en bonne santé d'ailleurs, elle voyait reparaître ses douleurs, aussitôt qu'elle reprenait son travail.

Je m'étais décidé à élargir le museau de tanche par une incision bilatérale, pour me permettre d'agir sur la cavité utérine par des applications locales, et pour donner au flux menstruel une issue facile. Je fis l'opération avec le Dr Evers, à l'hôpital des femmes, le 3 décembre 1879, cinq jours après la cessation des règles ; je fis une incision bilatérale légère, nettoyai la plaie avec de l'eau chaude, en la maintenant ouverte avec un morceau de coton ferré, maintenu par un tampon de coton.

La malade fut un peu gênée par le tampon ; quand on en eut enlevé une partie, elle se sentit mieux ; le lendemain, elle n'eut pas de douleur, ni aucune réaction fébrile. Le 6 décembre, on changea le coton ferré, et on fit une injection phéniquée, en donnant les ordres les plus stricts pour que l'opérée restât étendue, et ne se levât même pas. Mais le cinquième jour, pendant que l'infirmière et les autres malades étaient sorties, elle se leva bien vite pour se laver. Ne trouvant pas d'eau fraiche dans le broc, elle alla dans la cour et pompa ; elle

se lava ; l'après-midi elle eut un gros frisson, et une forte fièvre toute la nuit.

Le lendemain, mardi 9 décembre, je la trouvai souffrant d'une pelvi-péritonite bien déclarée, qui céda en peu de jours à un traitement énergique par l'opium, la quinine et les applications chaudes continues. Le coton ferré fut enlevé, et on lui fit de temps en temps des injections phéniquées chaudes qui paraissaient la soulager.

Le 13 décembre, la douleur et la fièvre avaient disparu ; la malade commençait à prendre de la nourriture ; son état s'améliorait rapidement, elle ne se plaignait de rien. Le 16, nous fûmes obligés de l'envoyer chez elle, à un mille (1700m) de distance, car on fermait l'hôpital. Le temps était agréable, et l'opérée, soigneusement enveloppée, fut transportée en voiture. Il paraît que le cocher la mena au trot sur une route durcie par la gelée ; elle fut pas mal secouée, et je fus bientôt appelé en hâte pour la trouver plus mal que jamais. Il survint une péritonite générale et une paramétrite violente ; il fallut lui appliquer des sangsues pour obtenir un soulagement que ne donnait plus l'opium ou les injections de morphine ; elle vomissait la quinine, mais la supportait par le rectum. Le Dr Hodgen eut la bonté de la voir plusieurs fois avec moi. Malgré tout, elle succomba, victime de son imprudence, le 22 décembre, dix-neuf jours après une opération légère, que bien des médecins feraient dans leur cabinet.

Cas XIII. — Mort en conséquence d'une petite incision de la lèvre postérieure (communiquée par le Dr J. Taber Johnson, de Washington, D. C.).

La malade était une pluripare, qui n'avait pas eu d'enfant depuis dix ans, et souffrait d'une violente dysménorrhée. Diagnostic : allongement hypertrophique, col conique, du calibre d'une épingle. Elle affirmait que chaque époque était plus douloureuse qu'un accouchement. Un de nos meilleurs chirurgiens la vit avec moi, et nous décidâmes d'amputer le col. Mais, comme *elle était trop près de sa prochaine époque*, l'opération fut renvoyée, et, pour l'encourager, on lui montrait combien une petite opération la soulagerait ; nous ne fîmes qu'inciser superficiellement la lèvre postérieure du col. Le jour suivant, je passai une petite bougie française noire pour maintenir la plaie ouverte ; ni l'opération ni le passage de la bougie ne lui causèrent de douleur. Le lendemain, elle eut une série de frissons ; bref, l'inflammation remonta rapidement, prenant l'un après l'autre l'a-

térus et le péritoine, tant et si bien que cette pauvre femme eut une péritonite générale après une pelvi-cellulite. Je la suivis de près pendant environ quatre mois, la voyant jusqu'à deux fois par jour ; elle finit par se remettre après une longue convalescence (1), grâce à des soins très minutieux.

Le D[r] Goodell, de Philadelphie, a eu une mort à la suite d'une opération presque aussi légère : une section de la lèvre postérieure du col.

Sauf les nombreux cas de mort venus à la suite de l'incision bilatérale, faite si fréquemment autrefois, je ne connais maintenant que des cas qui se sont produits dans la pratique de consultation, et les accidents qui ont suivi la section antéro-postérieure de Sims paraissent encore plus rares, sans doute parce que les opérateurs, la regardant comme sérieuse, ont suivi les conseils prudents du D[r] Sims. Tout au moins je n'ai reçu communication d'aucun accident, sauf du D[r] Sims lui-même, qui m'a dit : « J'ai perdu deux cas par incision du col, ils ont été publiés tous les deux. » Ils ont été discutés à fond dans le troisième volume des *Transactions of the Am. Gyn. Soc.* dans son article sur le traitement de la sténose du col utérin (p. 54).

Le D[r] M. A. Pallen, de New-York, a publié dans son travail sur l'incision et la division du col contre la dysménorrhée (*Am. J. of Obst.*, juillet 1877, pag. 364), deux cas de mort causée par l'incision du col.

Le D[r] Thomas dit qu'il a vu souvent la péritonite ou la cellulite, mais jamais la mort suivre la section du canal cervical.

(*A suivre.*)

(1) Le titre annonce une mort, et le texte constate un rétablissement lent. Je n'ai pas cru pouvoir corriger, ne sachant lequel est exact (A.-C.).

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LES TUMEURS MALIGNES DU SEIN
CHEZ LA FEMME

Par le professeur J.-A. Estlander.

Traduit du suédois d'après le manuscrit de l'auteur par le Dr L. Thomas,
Sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

(Suite (1).

Obs. XLV. — Hyttinen, 46 ans, domestique de Pjelisjàrvi, sans antécédents héréditaires du cancer, avait été pendant longtemps tisseuse de sorte qu'elle devait appuyer pendant son travail sur le sein droit lorsqu'elle étendait la main droite sur la chaîne pour ramener les fils vers elle et les fixer en pressant contre sa poitrine. Vers le 1er mai 1874, elle s'aperçut qu'elle avait dans ce sein un noyau induré qui grossit tellement vite que pendant l'été, il avait atteint le volume d'un œuf de poule, sans s'ulcérer. A ce moment, elle fut opérée pour la première fois à Kuopio; mais la récidive fut si rapide qu'elle dut subir de nouvelles opérations pendant l'automne de la même année et au mois d'avril 1875.

Elle est admise à la Clinique le 20 octobre 1875 ; on trouve un carcinome des ganglions de l'aisselle du côté droit. L'opération est faite le même jour, on suit même un cordon d'induration qui s'étend très loin sur le muscle grand pectoral, et l'artère sous-clavière est dénudée sur une grande étendue. La plaie de l'opération se réunit en grande partie par première intention ; la malade sortit guérie le 28 novembre 1875. Elle fut à partir de ce moment bien portante pendant assez longtemps. Elle mourut de cancer le 23 juin 1878.

Obs. XLVI. — E.-F. Anderson, 45 ans, femme d'un forgeron de Kimito. Peu de temps après la naissance de son dernier enfant, elle fit une chute et se heurta le sein gauche sur le bord d'une cuve ; à la même époque, elle s'aperçut de la présence d'un noyau induré dans cet organe ; il commença à grossir un peu plus d'un an avant son en

(1) Voir le numéro d'octobre. — Travail extrait de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. 10 août 1880.

trée à la Clinique. Elle fut reçue et opérée d'un carcinome du sein droit et des ganglions axillaires correspondants le 29 novembre 1875. Elle eut le 30 novembre une légère attaque d'érysipèle, qui fut complètement guérie le 8 décembre ; elle sortit le 24 janvier 1876, sa plaie entièrement guérie ; elle revint le 10 avril de la même année ; la cicatrisation s'était bien faite, mais la peau était recouverte de noyaux squirrheux, et il ne me parut plus possible de tenter une opération. La mort eut lieu par le fait du cancer le 24 mars 1877.

Obs. XLVII. — A. S...r, 46 ans, célibataire, de Helsingfors, sans antécédents héréditaires de cancer, a toujours joui d'une santé excellente jusqu'au mois de février 1876. A ce moment, comme elle éprouvait une sensation de cuisson dans le sein droit, elle examina cet organe et y découvrit un petit noyau à cause duquel elle se présenta à moi ; deux jours plus tard, j'extirpai environ le quart de la glande, et au milieu de la portion enlevée je trouvai un petit noyau cancéreux du volume d'un pois et sans prolongements. La guérison se fit si bien qu'au bout d'un mois la malade reprit ses occupations (elle était professeur de gymnastique), elle put y vaquer tout le printemps, l'été et une partie de l'automne. Elle vint me voir au commencement de septembre pour une douleur dans l'aisselle et dans le sein, et cependant on ne pouvait trouver en ces deux endroits aucune trace de récidive. Elle se présenta à la fin d'octobre, et à ce moment je trouvai un nouveau noyau dans le sein, et les ganglions étaient déjà pris. J'étais pour faire une seconde opération, lorsque la malade eut, sans cause connue, une attaque d'érysipèle du sein et du bras qui dura quatorze jours. Pendant ce temps, les tumeurs mammaire et axillaire grossirent notablement.

15 novembre 1876. — Extirpation des noyaux cancéreux par amputation du sein, et même j'enlève, après les avoir soigneusement mis à nu, tous les ganglions de l'aisselle envahis jusque sous la clavicule La plaie de l'opération guérit sans accidents et en six semaines. La malade reprenait peu à peu ses forces, quand, au printemps de 1877, survint une douleur dans la hanche et la jambe gauche ; légère au début, elle augmenta peu à peu, à tel point que pendant l'été elle éprouva de la difficulté pour marcher. Bientôt, elle dut prendre le lit et, lorsque je la revis, la douleur s'étendait à tout le bassin et à l'autre membre. Perte de la sensibilité des deux extrémités inférieures ; parésie de la vessie. Elle est reçue à la Clinique chirurgicale le 24

janvier 1878. A ce moment, la paralysie motrice et sensitive des extrémités inférieures n'était pas complète; la malade pouvait encore remuer quelque peu les membres; elle avait conscience des pressions un peu fortes, mais elle ne pouvait plus s'appuyer sur les jambes. Pas de traces de récidives ni dans le sein ni dans l'aisselle. Afin de pouvoir établir sûrement le diagnostic, on fait vers la fin du mois de février une exploration par l'anus d'après la méthode de Sims[1]; on peut constater un peu de ramollissement dans la région de la colonne vertébrale. Les douleurs devinrent de plus en plus vives, et la malade mourut le 3 mars 1878.

A l'autopsie, on trouva la première vertèbre lombaire détruite, de sorte que les disques intervertébaux étaient en contact; la deuxième lombaire et la dernière thoracique avaient subi elles-mêmes la dégénérescence cancéreuse. Moelle saine, mais comprimée contre la paroi postérieure du canal rachidien par un noyau cancéreux partant de la première lombaire.

Obs. XLVIII. — Cl. M... n, 47 ans, célibataire, de Jamsa. Jamais de cancer dans sa famille. En 1873, elle eut dans le sein gauche une tuméfaction qui disparut sans traitement au bout de deux mois.

En décembre 1875, elle remarqua au-dessus de l'auréole du même sein une nouvelle tumeur du volume d'une prune; il était possible que les occupations de la malade eussent été l'origine de tout. Depuis huit ans elle était copiste et tenait presque constamment cette partie du sein appuyée contre le bord de la table. Elle n'avait d'ailleurs pas ressenti autre chose qu'une vive cuisson pendant les premières semaines de décembre et une douleur assez légère dans le sein peu de temps avant son entrée à la Clinique, le 11 février 1876. A ce moment, on constate l'état suivant: malade de taille moyenne, de bon aspect; santé générale excellente. Tumeur de la grosseur d'un œuf dans la partie supérieure du sein gauche, de la consistance du squirrhe et encore mobile; pas de rétraction de la peau, rien dans les ganglions de l'aisselle. Le même jour amputation de la totalité du sein. On constate l'exactitude du diagnostic *squirrhe de la mamelle gauche* antérieurement porté. Le 14 mars, cette malade sort guérie, et à la fin de novembre 1878 j'ai eu l'occasion de la revoir. Les deux seins et les aisselles n'avaient absolument rien. J'en ai eu des nouvelles en décembre 1879; la guérison s'était maintenue.

Obs. XLIV. — R. R , 58 ans, veuve d'un maître de poste. Sans an-

cédents héréditaires de cancer. Depuis quelques années, elle est devenue malade, et en 1874 elle a remarqué, peu de temps avant le milieu de l'été, dans la partie externe du sein gauche, un noyau, de la grosseur d'un pois. Pendant l'automne de la même année, elle demanda les conseils d'un médecin, qui déclara qu'il n'y avait point péril en la demeure; mais la tumeur se développa de plus en plus, et elle s'adressa à moi à la fin de février 1875; elle avait alors le volume d'un petit œuf; les ganglions de l'aisselle n'étaient pas pris. Comme nous avions tous les caractères du squirrhe, j'amputai le sein en totalité le 2 mars 1875, et la plaie guérit en six semaines. Pendant tout l'été qui suivit, sa santé fut tout à fait satisfante, et lorsque je la revis au mois de novembre suivant, je ne pus découvrir la moindre trace de récidive; mais au mois de janvier 1876, un nouveau noyau se développa sur les limites de la partie externe de l'ancienne cicatrice, et je fis une nouvelle opération le 10 février 1876. Tout alla bien jusqu'au printemps de 1877; à ce moment, la malade commença à respirer avec difficulté. Comme j'étais absent à ce moment, elle s'adressa à un autre médecin, qui déclara qu'elle avait des noyaux cancéreux dans le poumon gauche. Les symptômes pulmonaires s'accusèrent, et elle mourut le 19 août 1877 de généralisation du cancer, sans qu'aucune récidive se fût montrée ni dans le sein ni dans l'aisselle.

Obs. L. — A.-E. Matevezeff, 69 ans, femme d'un maître veilleur d'Helsingfors, admise le 1er mai 1876 pour un *carcinome de la mamelle et des ganglions axillaires* du côté gauche, opérée le 2; attaques répétées d'érysipèle les 4, 21 et 25; mort par épuisement le 27 mai 1876.

Obs. LI. — U.-S. Johansson, 53 ans, femme d'un marchand de la campagne de Sainte-Marie, avait eu, lorsqu'elle nourrissait son premier enfant, c'est-à-dire vingt et un ans avant son entrée, un abcès au sein droit; un second s'était fait sept ans plus tard au même endroit, lors de l'allaitement de son dernier-né. Depuis ce moment, la mamelle avait été complètement normale jusqu'au mois de décembre 1875. A ce moment, elle découvrit un noyau d'induration à gauche et un peu au-dessus du mamelon. Elle eut de fréquentes sensations de cuisson; tout d'abord la tumeur se développa lentement, mais dans ces derniers temps sa croissance a été extrêmement rapide.

Elle entre le 6 juin 1876, et voici ce que l'on constate à ce moment: La malade est bien bâtie, pâle et un peu amaigrie. Dans le sein gau-

che, à gauche et un peu au dessous du mamelon, on trouve une tumeur de 9 centimètres de long et de 7 centimètres de large, indolente, présentant la délimitation, la mobilité et la consistance ordinaires des squirrhes. La partie supérieure de la glande est un peu plus dure que du côté opposé; la peau n'est pas altérée. Pas d'invasion des ganglions de l'aisselle; amputation de la totalité du sein le 8 juin; la malade sort guérit le 18 juiilet.

19 *novembre* 1878. — La malade rentre avec une récidive dans le creux axillaire. Au commencement de l'année, un petit noyau cancéreux s'était montré, et pendant l'été il augmenta rapidement, de telle sorte qu'à la fin de l'année il avait la grosseur du poing et adhérait à la paroi thoracique du muscle pectoral, soulevé par des ganglions sous-jacents. Il est impossible de songer à une opération d'aucune sorte.

Obs. LII. — Wolofsdotter, 38 ans, femme d'un paysan de Luhango, sans antécédents héréditaires de cancer, remarqua au commencement de juin 1876 un noyau de la grosseur d'un pois dans le sein gauche et développé sans cause connue. Il augmenta de volume, après avoir produit de temps en temps de la cuisson. Le 12 janvier 1877, cette malade fut admise à la Clinique et mourut le même jour.

Autopsie — Grosse masse cancéreuse dans le sein gauche; sur la peau, plusieurs petits noyaux qui se réunissent en une plaque unique. Dans la plèvre droite, sérosité en assez grande quantité; sur le feuillet viscéral des deux plèvres petits noyaux rugueux et blanchâtres.

Obs. LIII. — M.-K. Luoma, 45 ans, femme d'un jaugeur de Helsingfors, remarqua au commencement de février 1876 qu'elle avait un petit noyau cancéreux dans le sein droit. Dans les premiers temps, il était indolent; mais plus tard, il devint le siège de douleurs lancinantes qui la tourmentaient beaucoup; elle avait en même temps des vomissements et une autre douleur au-dessous du sein; appétit perdu. Malgré tout, elle continua de travailler jusqu'au commencement de février l'année susdite; mais à ce moment elle fut obligée de se mettre au lit, à cause d'une vive douleur dans la hanche gauche; de plus les accidents gastriques augmentèrent.

Lors de son entrée, le 11 juillet 1877, on constate qu'elle est très faible, très amaigrie; le sein droit présente plusieurs grosses tumeurs dures; une autre siégeant dans le creux de l'aisselle a le volume d'un

œuf de poule. Elle est opérée le 14 du même mois, mais ses forces déclinent rapidement. Elle succombe le 20 juillet et à l'autopsie on ne trouva pas d'autres traces d'un d'empoissement septique qu'un peu d'épanchement dans une des articulations du poignet..

Obs. LIV.— M.-L. Hagelin, 50 ans, femme d'un forgeron de Borgnaas, a remarqué, il y a un peu plus de trois ans, qu'elle avait un petit noyau d'induration au-dessus et en dehors du sein gauche, noyau développé sans cause connue. Il s'agrandit peu à peu, et pendant l'hiver de 1875 la peau commença à se rétracter et à rougir; en même temps, une seconde tumeur se montra plus en dedans vers le creux de l'aisselle, et enfin vers le printemps une troisième apparut au côté du sein correspondant.

21 *août* 1877. — Au moment de son entrée à l'hôpital, elle présente l'état suivant: malade petite et maigre, mais à part cela bien portante, sein gauche beaucoup plus volumineux que le droit, atrophié; moitié externe indurée; immédiatement en dehors de ce sein, tumeur du volume d'une pomme, peu adhérente, amincie et rouge. Au-dessus d'elle, dans le creux axillaire, paquet ganglionnaire de la grosseur d'un œuf. Pas de tumeur adhérente à la paroi du thorax. Cette malade est opérée le 23 du même mois par mon assistant le baron de Schultèn; on trouve que c'est un squirrhe; malgré une attaque d'érysipèle, qui débuta le 28 septembre et dura huit jours, la plaie se réunit parfaitement, de sorte que la malade put sortir guérie dans le cours d'octobre.

Obs. LV. — G. M.... sh., 60 ans, célibataire, d'Eknas. Sans antécédents cancéreux héréditaires, ayant toujours eu elle-même une bonne santé. Au mois d'octobre 1877, elle s'aperçut que, sans cause connue, son sein gauche devenait plus dur que l'autre, puis elle reconnut la présence d'un noyau en voie de développement. A part quelques rapides douleurs lancinantes, la malade n'avait d'ailleurs rien éprouvé de ce côté. Entre à l'hôpital le 7 avril 1878. Personne de taille et de constitution moyennes, ayant conservé ses forces et présentant un bon aspect Dans le sein gauche, tumeur grosse comme un œuf, de consistance solide, adhérant à la peau, normale en apparence et mobile sur la paroi thoracique; rétraction du mamelon; la limite inférieure de la glande mammaire donne une sensation tout à fait normale à la peau. Dans l'aisselle, ganglion du volume d'une noisette.

9 *avril*. — Amputation de tout le sein avec extirpation du ganglion intéressé. La tumeur était un squirrhe. La malade quitte le service le 31 mai 1878; ses deux plaies peuvent être regardées comme guéries.

Obs. LVI. — H. Lampinen, 54 ans, femme d'un paysan de Saint-Michel, sans antécédents héréditaires de cancer, a toujours eu une santé excellente jusqu'à il y a deux ans environ. A ce moment, étant en train de faire du pain, elle se frappa le sein droit contre le bord du pétrin; elle eut au même endroit un gonflement ecchymotique. Bientôt le sein devint sensible; elle eut des élancements, et enfin elle remarqua un petit noyau en cet endroit. Il grossit et, un an environ avant son entrée, contracta des adhérences avec la peau dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes; au même niveau, les téguments rougirent et s'amincirent. Entre à l'hôpital le 4 mai 1887. Malade fortement constituée, a de l'embonpoint et la santé générale est bonne. Sur le sein droit, à 1/2 pouce en haut et en dehors du mamelon, tumeur du volume d'un œuf de poule, solide, assez mal limitée et sans adhérences avec la paroi. La peau, qui lui adhère sur tout son côté externe, est rouge bleuâtre et amincie. Rien dans les ganglions. Cette tumeur est extirpée le 10 mai 1878. Malgré un érysipèle qui retarda quelque peu la guérison, la malade put retourner chez elle guérie le 10 juin.

Obs. LVII. — L. N...m. 50 ans, de Fredrikshamm, sans antécédents cancéreux héréditaires, s'aperçut au mois d'octobre 1875, après qu'elle avait porté pendant quelque temps un corset qui la gênait, qu'elle avait dans l'aréole et au-dessous du mamelon gauche une induration de la peau, grosse comme un petit pois et sensible à la pression. Elle se développa lentement, et, quand la malade vint me voir dans l'été de 1877, sa tumeur n'avait que le volume d'une fève. Je proposai l'opération; mais, comme elle n'éprouvait d'autre incommodité qu'un peu de cuisson, elle ne se décida à entrer à la Clinique que le 4 septembre 1878. La tumeur, qui a un peu augmenté de volume, est enlevée le même jour avec les trois quarts de la glande. En l'examinant attentivement, je trouvai que c'était un squirrhe rayonné. Pas de ganglions dans l'aiselle. Elle sort sur sa demande, et la plaie était presque guérie le 11 octobre 1878.

Obs. LVIII. — Häggson, 35 ans, fille de service de Heinola, sans antécédents héréditaires de cancer, a remarqué dans l'été de 1877,

dans la partie externe du sein droit, une tumeur mobile, grosse comme un pois et développée sans cause connue; elle augmenta de volume sans devenir douloureuse; elle produisait simplement de temps en temps des élancements. Entre à la Clinique le 22 novembre 1878. Malade assez chétive, amaigrie; sein droit rétracté, plus petit que l'autre, induré et adhérent à la peau, qui est immobile sur toute sa surface; vers la partie externe, excavation au fond de laquelle les téguments sont excoriés. Sur la paroi axillaire, ganglion fixe, gros comme un grain de chènevis, d'où part un cordon induré qui se rend à un groupe d'autres ganglions axillaires légèrement hypertrophiés. Ce cordon peut être suivi au delà du paquet et plus profondément à l'intérieur du creux de l'aisselle. Le même jour, amputation du sein et extirpation des ganglions; la dégénérescence cancéreuse s'étend au-dessous du sein jusqu'à l'aponévrose, et même un noyau gros comme une lentille pénètre jusque dans l'épaisseur du grand pectoral. Dans l'aisselle, ganglions nombreux dont le volume varie d'une lentille à un grain de chènevis et présentent tous la coloration blanc gris et brillante du squirrhe; on les enlève jusqu'à la clavicule. Dans l'excavation, on trouve du tissu squirrheux parsemé de places jaunes plus ou moins grandes, dans lequel le microscope montre des masses de détritus. On ne trouve point cette structure dans les portions intra ou sous-mammaires de la tumeur. C'est donc un squirrhe atrophique seulement en partie; du reste, elle n'en avait pas les commémoratifs. Sort guérie le 14 décembre 1878.

Obs. LIX. — O. Maria Forsen (1), 50 ans, veuve de Wichtis, sans antécédents héréditaires de cancer, a eu il y a onze ans un enfant qu'elle a allaité sans tumeur laiteuse ni abcès du sein. Elle ne peut se rappeler si jamais l'organe a été soumis à un traumatisme; mais, en novembre 1878, elle a porté sur le bras gauche un enfant malade, âgé de deux ans; elle employait pendant ce temps uniquement le bras droit pour tout ce qu'elle avait à faire. Elle croit que les froissements que le sein a dû subir dans ces conditions ont été la cause de tout. Le 8 septembre 1873, elle remarqua au-dessous du mamelon gauche une tumeur du volume d'une prune, sur laquelle la peau s'était déjà

(1) Quoique ma statistique se termine en 1878, j'ai cependant ajouté ce cas venu un peu plus tard, parce que c'est un exemple caractéristique de cancer en cuirasse.

rétractée. Au début, la peau était rougeâtre; plus tard, des taches bleuâtres se montrèrent dans le voisinage. En même temps, elle remarqua que les ganglions de l'aisselle étaient augmentés de volume, et au milieu d'octobre elle éprouva des douleurs légères mais continuelles dans cette cavité. Ces douleurs s'irradiaient dans tout le bras gauche, qui était un peu engourdi et se fatiguait au moindre effort; huit jours plus tard, il s'œdématia, et en même temps elle remarqua que les ganglions axillaires droits devenaient sensibles à la pression et un peu douloureux. Le 30 octobre 1879, elle vient demander une consultation à la polyclinique. On constate l'état suivant: personne de force moyenne, amaigrie et très affaiblie. Ces phénomènes auraient commencé en même temps que la maladie. Teinte jaune-paille. Rien dans aucun organe, sauf le sein gauche. Celui-ci est induré, et il a un volume double du droit. Mamelon rétracté. La peau, dans une étendue de 10 centimètres au-dessus du mamelon, de 15 en dehors et de 5 en bas et en dedans, jusqu'au bord gauche du sternum, a une coloration rouge bleuâtre; vers la périphérie, on voit des taches et des stries isolées. Au milieu de cette partie rouge bleuâtre, la peau présente une infiltration diffuse, et les orifices des glandes cutanées sont plus larges et plus distants qu'à l'état normal. Au delà de la périphérie, on trouve encore des plaques et des noyaux dans la peau; mais, sur la circonférence même, on ne peut découvrir par le toucher aucune infiltration sous les taches rouges et les cordons isolés. Les commémoratifs indiqueraient que la tumeur a été complètement constituée par l'induration de la peau; la mamelle et les téguments épaissis du voisinage sont toujours mobiles sur la paroi. De la partie supéro-externe part un cordon solide qui s'étend sous le grand pectoral jusqu'au creux de l'aisselle, où plusieurs ganglions sont envahis. Les cavités sus et sous-claviculaires sont aplanies, et les parties molles qu'elles renferment ont une résistance anomale. Dans le creux axillaire droit, on trouve deux ganglions sensibles à la pression, du volume d'un œuf de poule. L'avant-bras et la main gauche sont un peu œdématiés, et la malade se plaint de douleurs de ce côté.

Tous ces symptômes augmentent rapidement et les forces diminuent; elle ne peut plus quitter le lit. Elle demande à entrer à la Clinique le 10 décembre. On ne peut songer à une opération. La marche de la tumeur est si rapide que, le 2 janvier 1880, toute la moitié gauche du thorax, de la ligne médiane à l'angle de l'omoplate, est envahie; sa dégénérescence s'étend verticalement de la clavicule au-des-

sous du sein et aux points où l'on ne trouvait auparavant que des plaques rouges, bleuâtres, isolées ou des noyaux. Il y avait là comme sur le sein une infiltration telle que les téguments avaient la dureté du bois, et cependant ils restaient mobiles sur les parties profondes. A la périphérie et dans l'étendue des rayons rouge bleuâtre de la paroi ayant tous une direction horizontale, on ne pouvait reconnaître aucune infiltration. Le thermomètre montrait des différences de 4/10 à 9/10 de degré entre la surface des plaques rouges et le reste du corps. Au milieu de janvier, on vit apparaître sur le sein droit une légère rougeur annulaire s'étendant jusqu'à 1 pouce 1/2 du mamelon. Sa coloration devint de plus en plus intense, mais il ne s'établit aucune liaison entre elle et la portion dégénérée de la peau de l'autre côté. Cette malade est morte le 10 février 1880.

La première considération que l'on puisse tirer des observations qu'on vient de lire est relative à l'importante question de l'*influence du mariage* ou du *célibat* sur le développement des cancers mammaires.

Si l'on range l'observation XLIV, comme elle doit l'être, parmi celles qui concernent les célibataires, on trouve sur nos 58 cas :

Femmes mariées....................	40
Filles..............................	18

A première vue, ces résultats semblent accuser une prédisposition notable en faveur du premier état, mais la proportion perdra beaucoup de son importance si nous en comparons les chiffres à d'autres que va nous fournir la statistique de l'état civil dans le pays.

Le 31 décembre 1875, on trouvait en Finlande :

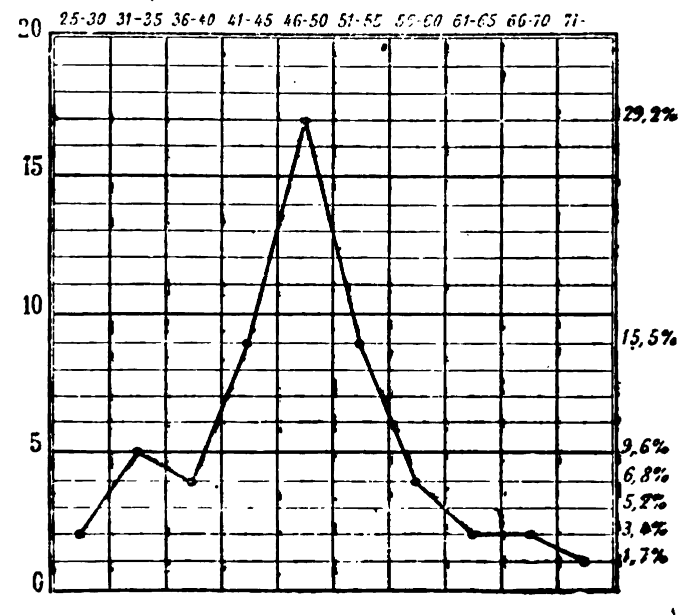
Filles de plus de 15 ans....................	244 000
Femmes mariées, veuves, etc..............	404 000

Ce rapport de 24/40 se rapproche déjà sensiblement de 18/40. On arrivera encore plus près de l'égalité, si l'on réfléchit qu'en Finlande les jeunes filles se marient ordinairement beaucoup plus tard que quinze ans, de telle sorte que le premier chiffre est trop élevé. D'après mon expérience personnelle, je crois que *les femmes mariées ne sont pas plus prédisposées aux cancer du sein que celles qui ne le sont pas.*

Ce résultat est diamétralement opposé à celui qu'a donné Winiwarter : sur 170 cas il a trouvé 153 femmes mariées, 16 filles et une personne dont l'état civil était inconnu. La différence entre cette proportion et la mienne serait certainement moindre si Winiwarter eût tenu compte du nombre des femmes mariées et de celles qui ne le sont pas dans toute la population ; cependant elle ne disparaîtrait pas complètement, à moins que le rapport numérique du mariage et du célibat chez la femme ne diffère absolument à Vienne et en Finlande ; c'est-à-dire qu'au lieu d'être à peu près de 1/2 il fut de 1/10, ce qui n'est certainement pas le cas.

Relativement à l'*âge* où les cancers mammaires apparaissent de préférence, nous trouvons comme moyenne *quarante-sept ans*. Les limites extrêmes ont été vingt-cinq et soixante et onze ans. Voici comment les faits se répartissent entre elles :

Age............	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71
Nombre........	2	5	4	9	17	9	5	3	3	1
Quantité p. 100.	3,4	9,6	6,8	15,5	29,2	15,5	9,6	5,2	5,2	1,7



Remarque. — Dans ce diagramme, les malades aux squirrhes atrophiques et dont la durée de la maladie n'est point indiquée avec leur âge sont comptées comme si le cancer avait débuté 18 mois avant leur entrée à la Clinique chirurgicale.

Si l'on compare ce diagramme avec les proportions données sur le même point par Winiwarter, on trouve que l'époque de la vie de la femme dans laquelle se développe le plus souvent le cancer du sein est de cinq ans plus précoce à Vienne qu'en Finlande. D'ailleurs le nombre des cas sur lesquels est basé ce mémoire est trop petit pour qu'on puisse édifier là-dessus des différences ethnographiques ; cependant je ne voudrais point passer sans faire remarquer un fait intéressant et parfaitement en harmonie avec nos connaissances actuelles : que la vie sexuelle de la femme commence plus tard dans le Nord que dans le Sud. D'après l'opinion du Dr Stenback, qui s'est appuyé sur le journal de la Maternité de cette ville, la menstruation n'apparaît en Finlande qu'à l'âge de seize ans ; si l'on admet que la durée moyenne est de trente ans, elle disparaîtrait ordinairement à quarante-six. Ce moment correspond assez bien avec l'âge de quarante-sept ans donné plus haut, c'est-à-dire à la période de quarante-six à cinquante ans, dans laquelle on trouve le plus souvent le cancer mammaire.

Des 58 cas en question, 25 ont intéressé le *sein droit* et 33 le *sein gauche;* dans ce sens même, notre statistique diffère de celle de Winiwarter, dans laquelle le sein droit a été pris 88 fois et le sein gauche 81 fois; mais il peut se faire que la disproportion vienne de ce que notre chiffre total est plus petit que le sien.

Comme dans beaucoup de cas je n'ai pas noté quelle partie du sein a été prise la première, il est impossible de donner sous ce rapport des déductions statistiques rigoureuses. Chez les 14 personnes dont l'histoire a été bien enregistrée, la tumeur se développa 12 fois à la partie supéro-externe; chez une, au-dessous du mamelon, et, chez une autre, au-dessous et en dedans. On doit donc remarquer que la tumeur se montre très souvent à la *partie supéro-externe de la mamelle, tandis*

qu'elle naît rarement dans les zones internes ou inférieures. Nous reviendrons là-dessus en étudiant l'étiologie.

Il eût été intéressant de comparer le chiffre des cancéreuses des diverses classes de la société au chiffre total des femmes du pays qui leur appartiennent; on aurait pu voir ainsi quel rôle peuvent jouer les habitudes et la manière de vivre; par malheur une telle comparaison est impossible, parce que le classement d'une malade dans une catégorie ou dans une autre est absolument individuel. La femme d'un fermier, par exemple, que les statistiques officielles rangent parmi les paysans, peut très bien avoir le même degré de culture intellectuelle que n'importe quelle personne appartenant aux classes éclairées. Je me suis donc toujours basé sur les renseignements personnels pour déterminer la catégorie sociale dans laquelle les malades devaient être inscrites : sur le nombre total, 28 avaient une certaine culture intellectuelle, 30 étaient des paysannes ou des personnes des classes ignorantes; le coefficient est à peu près égal pour les unes et pour les autres. Je ferai remarquer plus loin quelle influence cette condition peut exercer sur le pronostic.

Nous arrivons maintenant au point le plus obscur de l'étiologie du carcinome. Quand on parle simplement de ses causes, on entend les causes occasionnelles et déterminantes; c'est à propos d'elles que je donnerai des conclusions; cependant je tâcherai également, autant que mes faits le permettront, de dire quelques mots touchant les prédispositions locales ou générales.

Voici en résumé ce que nous donnent les observations relativement aux circonstances qui ont précédé le développement du cancer :

OBS. 8. S. Pihl, célibataire, 54 ans, sein droit...	Choc violent contre une barre de fer plusieurs années auparavant.
— 9. Cl. L...r, célibataire, 42 ans, sein gauche.	Choc contre le bord d'une baignoire quelques temps auparavant.
— 15. U. Waselius, célibataire, 68 ans, sein droit.	Choc contre un tronc d'arbre un an avant.

— 17. A. R...p, 59 ans, sein droit...........	Choc contre le bord d'une porte un an auparavant.
— 18. A. S...s, mariée, 35 ans, sein gauche....	A la fin d'un allaitement.
— 21. H. Sch...r, mariée, 35 ans, sein gauche ...	Chagrin de famille.
— 23. Tallboskis, mariée, 50 ans, sein gauche..	Cause inconnue.
— 24. M. L...e, célibataire, 44 ans, sein gauche.	Coup contre un manche à balai seize mois avant.
— 26. E. Lindfors, mariée, 51 ans, sein gauche.	Cause inconnue.
— 29. J. W...s, mariée, 62 ans, sein gauche....	Coup plus de vingt ans avant.
— 31. Fr. M...n, célibataire, 64 ans, sein gauche.	Pendant cinquante ans, pression d'un châssis (?) sur le sein gauche, ayant cessé il y a deux ans seulement.
— 37. L...e, célibataire, 51 ans, sein droit......	A été renversée qninze mois avant.
— 41. A. R...n, mariée, 54 ans, sein droit......	Cause inconnue.
— 42. Lukander, célibataire, 44 ans, sein gauche.	Pression prolongée des vases à lait sur le sein, cess. depuis six mois.
— 43. H. Wichström, mariée, 40 ans, sein gauche.	Cause inconnue.
— 44. M. M...n, mariée, 44 ans, sein droit......	Chute dans un escalier quatre mois avant.
— 45. K. Hyttinem, mariée, 46 ans, sein droit..	Pendant longtemps pression professionnelle (tisseuse).
— 46. E. Anderson, mariée, 45 ans, sein gauche.	Immédiatement après chute contre le bord d'une ouve un an avant l'entrée.
— 47. A. S...r, célibataire, 46 ans, sein droit...	Cause inconnue.
— 48. M...n, célibataire, 47 ans, sein gauche..	Pression professionnelle de longue durée contre le bord d'une table.
— 49. Neuter, mariée, 58 ans, sein gauche.....	Cause inconnue.
— 51. U. Johanson, mariée, 53 ans, sein droit..	Abcès mammaire vingt et un et treize ans avant.
— 51. W. Olofsdotter, mariée, 38 ans, sein gauche.	Cause inconnue.
— 54. M. Hagelin, mariée, 51 ans, sein gauche.	Cause inconnue.
— 55. G. M...sk, célibataire, 60 ans, sein gauche.	Cause inconnue.

— 56. M. Lampinen, mariée, 51 ans, sein droit.	Coup contre le bord d'une buche un an avant.
— 57. L. N...m, célibataire, 50 ans, sein gauche.	Pression d'un corset mal fait.
— 58. H. Haggson, célibataire, 35 ans, sein droit.	Cause inconnue.

Sur ces 28 cas, on trouve 15 traumatismes, 2 allaitements ou abcès mammaires, 11 causes inconnues. Le dernier nombre a peu d'importance, parce qu'il est très vraisemblable que dans la plupart des premiers faits on n'a rien dit sur l'origine du cancer, simplement parce que les malades ne le rattachaient pas elles-mêmes à une cause déterminée. On doit au contraire tenir grand compte de ce que dans le quart des cas donnés elles croyaient à une origine traumatique.

Parmi les 15 malades placées dans ces conditions, 12 appartenaient aux classes éclairées; les 3 autres étaient des paysannes. La plus jeune avait 42 ans quand la tumeur se montra, la plus âgée 66 ans; les deux seins paraissent présenter la même prédisposition à subir l'influence des traumatismes si l'on excepte la malade de l'observation LVII, chez laquelle un corset mal fait fut la cause de tout; les autres cas se répartissent également entre l'un et l'autre sein.

Pour les cinq faits dans lesquels le sein fut soumis à des froissements répétés et relativement à l'intervalle qui s'est écoulé entre eux et l'arrivée du mal, on trouve, dans les observations XXXI et XLV, que le cancer est apparu deux ans après que le sein a cessé d'être soumis aux traumatismes légers et fréquents. Dans le premier des cas en question, la dernière manifestation a eu lieu au bout de six ans. Dans les deux autres, l'influence des pressions paraît avoir été en cause, même lorsque la maladie était déjà développée.

On voit dans les observations XV, XLVI et LVI, que des traumatismes uniques et violents furent suivis d'indurations assez notables pour que les malades en eussent elles-mêmes conscience; au bout de deux à quatre ans, elles deviennent cancéreuses. Dans d'autres cas, les personnes n'ont éprouvé aucun inconvénient avant un temps qui a varié de quatre mois à deux

ans. A quelle époque la tumeur est-elle devenue de mauvaise nature? Dans les observations II et XXXVII, très soigneusement prises, le temps a été de quinze à seize mois. Nous n'avons, sur les squirrhes atrophiques des observations VIII et XXIX, que des renseignements insuffisants relativement à leur origine.

(*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Vaccination et variole. — Disons seulement quelques mots de la discussion si orageuse qui a eu lieu entre MM. Pasteur et J. Guérin, relativement aux rapports qui existent entre la variole et le virus varioleux.

M. Guérin affirme que les relations de la variole et de la vaccine sont bien connues et, lorsqu'on le prie de s'expliquer à cet effet, il dit que la vaccine est la variole des animaux inoculée à l'homme, mais il ne parle pas de la variole humaine. M. Pasteur pense comme M. Guérin en ce qui concerne la vaccine; mais la question est de savoir quelles sont les relations de la variole humaine avec la variole des animaux; d'après M. Pasteur, ces relations ne sont pas encore bien connues quoiqu'elles aient été l'objet d'une discussion importante devant l'Académie.

On sait que, à la suite d'autres accidents relatifs au traitement du choléra des poules, une discussion d'une grande violence s'est élevée entre les deux interlocuteurs et que M. le Président a dû lever la séance. Mais cette partie du compte-rendu n'ayant rien de gynécologique, nous croyons devoir nous abstenir d'en parler dans les *Annales*.

(*Séance du* 5 *octobre*).

Traitement de la coqueluche dans les usines à gaz. — M. H. Roger donne lecture d'un rapport sur divers travaux relatifs au traitement de la coqueluche dans les usines à gaz.

Seul membre survivant d'une commission où siégeaient MM. Chauffard et Delpech, M. Roger vient payer une vieille dette qui lui a été laissée comme héritage.

Les travaux adressés à l'Académie consistaient en deux notes de MM. les Dr Baldou et Becquet, une lettre de M. Oulmont et deux mémoires de M. Commenge et de M. Bertholle basés sur de nombreuses observations recueillies aux usines de Saint-Mandé et des Ternes. Avant de les analyser, M. Roger donne quelques détails sur la disposition des salles d'épuration du gaz et sur les produits que les coquelucheux y respirent.

La salle d'épuration est une salle immense, à larges baies et portes ouvertes à tous les vents : celle de saint-Mandé contient vingt-quatre cuves renfermant chacune 5 mètres cubes de matières épuratrices (chaux et sulfate de fer allégés par la sciure de bois) que le gaz doit traverser. Comme les ouvriers sont toujours en train de vider ou de remplir quelques-unes de ces cuves, les coquelucheux installés sur les bords ou laissés à jouer devant, inhalent les vapeurs qui s'en dégagent ; ils sont plongés comme dans un brouillard, dans une atmosphère complexe où dominent le sulfhydrate d'ammoniaque l'acide phénique et des produits goudronneux.

Quels ont été les résultats thérapeutiques du traitement de la coqueluche à l'usine ? Les observations de M. Commenge portent sur 280 enfants, et 169 seulement sont utilisables (111 coquelucheux n'ayant plus été ramenés par leurs parents après une ou deux séances.) Chez 20 malades, la médication aurait échoué complètement ; dans 48 cas on aurait obtenu de l'amélioration et la guérison dans 101. La statistique de M. Bertholle comprend 341 cas : sur ce nombre, 122 coquelucheux sont notés comme améliorés et 219 comme guéris, sans qu'il soit aucunement question ni d'insuccès, ni à plus forte raison de morts.

Si l'on acceptait ces chiffres sans examen un peu sévère, on devrait proclamer l'inhalation des substances volatiles provenant de l'épuration du gaz comme le meilleur remède contre la coqueluche ; compter avec MM. Commenge et Bertholle, sur 510 coquelucheux ; 490 améliorations et seulement 20 insuccès sans aucun cas mortel, ce serait un admirable résultat ; mais il suffit de décomposer ce total pour en réduire singulièrement la valeur ; ainsi M. Bertholle n'a pas donné le chiffre précis des échecs de la médication, en regard de ce nombre de 490 améliorations ou guérisons, il faut placer celui de 671 malades qui ont été éliminés justement des statistiques précitées, parce qu'ils n'avaient plus reparu à l'usine après une ou deux séances ; comme on ne s'est pas assuré des raisons de ce départ, n'est-il pas présumable

que la moitié au moins n'est pas revenue parce que la coqueluche ne s'était pas amendée et même qu'elle s'était aggravée. Le nombre inconnu des insuccès empêche donc que l'on puisse avoir une idée exacte de la proportion des succès connus, et la statistique précédente en est certainement viciée.

Ainsi encore les coquelucheux déclarés guéris à l'usine n'ayant pas été suivis à domicile, on est en droit de se demander jusqu'à quel point leur guérison était complète.

Il est d'ailleurs évident que l'on aura presque exclusivement à traiter dans les usines des cas légers ou moyens, puisque les sujets atteints de coqueluche très forte ou compliquée n'y viennent point, et ceux dont la maladie s'aggrave après quelques visites n'y sont plus ramenés. Ajoutons que les usines étant situées dans des quartiers excentriques, on n'y apporte pas les enfants qui sont très jeunes ou dont la coqueluche est fébrile; on ne les expose point pendant les mois d'hiver, où la pyrexie a déjà plus de chances de gravité, au danger des refroidissements qui détermineraient des complications broncho-pulmonaires si souvent mortelles.

La preuve que les choses se passent de la sorte, c'est qu'il y a absence totale de décès dans les statistiques de MM. Commenge et Bertholle : sur 1,181 coquelucheux, pas un seul mort ! C'est un résultat par trop dissemblable de ceux que fournit la clinique.

D'après les auteurs de ces statistiques, la durée de la coqueluche serait considérablement abrégée par la médication gazeuse, puisque dix ou douze séances en moyenne, c'est-à-dire un traitement de deux septénaires, auraient suffi pour la guérison. Mais, pour préciser l'influence d'un remède sur la coqueluche, deux dates fixes et certaines sont indispensables, celle du début et celle de la fin qui est si difficile à établir; ces datent manquent dans la plupart des faits sus-mentionnés où manque aussi un renseignement capital, celui du jour où la médication gazeuse a été commencée.

Après l'analyse de ces mémoires, M. Roger expose les travaux de moindre importance et relatifs au même sujet qui ont été soumis à l'examen de l'Académie. Presque tous sont plus ou moins contraires au traitement à l'usine.

De la comparaison de ces travaux le rapporteur conclut que les inhalations gazeuses n'ont d'action, et encore limitée, que sur un élément de la maladie, le catarrhe; qu'elles sont contre-indiquées dans les coqueluches fébriles, et qu'elles seraient plutôt nuisibles dans les

complications si fréquentes d'inflammations broncho-pulmonaires. Ce n'est pas du reste un traitement de toutes les saisons; sans inconvénients en été, il devient dangereux en hiver, par l'intercurrence de phlegmasies pulmonaires plus graves que la coqueluche elle-même.

Avantages et inconvénients compensés et comparés (dit en terminant M. Roger), la médication gazeuse est loin d'avoir une vertu thérapeutique supérieure à celle des remèdes classiques adoptés par la généralité des praticiens (vomitifs, belladone, antispasmodiques) : elle répond, comme eux, à certaines indications, et elle est, par exemple, susceptible de modifier en quantité et en qualité les sécrétions bronchiques, elle peut, à un jour donné, tempérer quelques-uns des symptômes si nombreux et si variables de cette pyrexie à longues périodes; mais, comme eux aussi, elle n'a aucune action abortive ni spécifique.

Quoique la valeur thérapeutique des émanations dégagées des appareils épurateurs du gaz soit bornée et en définitive médiocre, des éloges n'en sont pas moins dus aux auteurs des travaux rapportés, et en particulier à MM. les Dr Commenge et Bertholle, qui ont longuement expérimenté à l'usine même, et qui ont fait, avec bonne foi et talent, œuvre de praticiens.

M. Roger conclut en proposant à l'Académie de voter des remerciments à ces deux confrères et de déposer très honorablement leurs mémoires aux archives.

(*Séance du* 19 *octobre*).

Simulation d'attentats vénériens sur des jeunes enfants. — M. Alfred Fournier a communiqué à l'Académie un travail très intéressant et très applaudi sur cette importante question de médecine légale.

Une double raison a déterminé M. Fournier à porter ces faits à la connaissance du public médical.

La première, c'est que le médecin se trouve naturellement appelé à jouer un rôle, et un rôle majeur, dans ces sortes d'affaires. C'est le médecin, en effet, que la justice consulte en pareil cas, pour juger de la nature des violences commises sur la victime; c'est à lui que la justice vient poser la question de savoir si les lésions constatées sur l'enfant doivent ou non être imputées à un attentat criminel, et à un attentat de telle ou telle variété.

La seconde raison, c'est qu'il est d'un intérêt public, général, de

révéler les machinations odieuses de certains simulateurs d'un ordre spécial, machinations peu connues, ignorées même (comme j'ai pu m'en convaincre) d'un certain nombre de nos confrères, et qui peuvent aboutir aux erreurs judiciaires les plus regrettables. Représentez-vous, en effet, la situation terrible faite à un honnête homme sur lequel fond tout à coup l'accusation imméritée d'un attentat abject. Représentez-vous cet homme, jusqu'alors justement estimé, considéré, qui, d'un instant à l'autre, par le fait d'une inculpation mensongère, descend au dernier échelon du déshonneur et de la dégradation morale. Quel coup pour lui! Et, s'il a une famille, une femme, des enfants, quel coup pour lui et pour les siens, sur lesquels cette fange va rejaillir!

Eh bien, de tels faits existent. On en a cité. M. Fournier en a vu. Plusieurs fois il a assisté à des scènes de ce genre; et c'est pour avoir constaté de ses yeux, d'une part, les habitudes perfides des simulateurs, et, d'autre part, le désespoir navrant de leurs victimes, qu'il s'est promis, le jour où quelque autorité pourrait se rattacher à sa parole, de dénoncer de telles monstruosités à l'indignation commune.

Voici un abrégé d'un des principaux cas observés par M. Fournier :

Une jeune enfant, d'une huitaine d'années, est admise dans les salles de ma division. On nous dit qu'elle a été victime, ces derniers jours, d'un attentat criminel. Le coupable, ajoute-t-on, « serait un homme d'un certain âge, riche, d'antécédents jusqu'alors irréprochables. Déjà il est écroué à Mazas, en dépit de ses dénégations formelles. »

J'examine l'enfant, et je constate sur elle des lésions d'une haute intensité. La vulve présente tous les symptômes d'une inflammation violente et suraiguë. Elle est littéralement baignée de pus, et d'un pus vert, crémeux, blennorrhagique d'aspect. Enormément tuméfiées et comparables comme forme à des tranches d'orange, les grandes lèvres masquent complètement l'orifice vulvaire. Après avoir été lavées et essuyées, elles présentent une coloration d'un rouge vif, avec un semis confluent de petits points érosifs, purpurins. Les petites lèvres sont également rouges, volumineuses et œdématiées, mais à un degré moindre. Le gonflement et l'état douloureux des parties ne nous permettent pas tout d'abord d'examiner l'hymen; quelques jours plus tard; seulement, nous constatons l'intégrité de cette membrane. Enfin, dans chaque aine existent deux ou trois ganglions, légèrement douloureux au palper, du volume de petites noisettes.

Du reste, intégrité de l'état général; apyrexie: état normal des grandes fonctions.

Pour en finir immédiatement avec la partie clinique de cette observation, je dirai d'un mot que cette vulvite suraiguë céda très rapidement à l'action d'un traitement des plus simples (repos, bains quotidiens, lotions émollientes, pansements par isolement avec oxyde de zinc et de ouate, etc.). Dans l'espace de douze à quinze jours, la petite malade se trouva complètement rétablie.

Mais restait à déterminer le problème *étiologique*, c'est-à-dire la raison, le pourquoi de tels accidents; ce qui allait constituer, au point de vue juridique, la question capitale, et ce qui nous intéresse ici spécialement.

Or, à cet égard, je dois spécifier tout d'abord que dès mon premier examen j'avais été vivement impressionné par l'intensité insolite et surprenante des phénomènes inflammatoires que présentait la vulve de l'enfant. Certes, dès cette époque, j'avais déjà observé et scrupuleusement étudié nombre de cas de viols ou d'attentats vénériens sur de jeunes enfants, cas qui, on ne le sait que trop, sont loin d'être rares dans les hôpitaux spéciaux; et jamais, au grand jamais, je n'avais rien vu de semblable à ce que j'avais là sous les yeux. Jamais je n'avais rencontré, en pareilles circonstances, un tel état de la vulve, un tel déchaînement de phénomènes inflammatoires. Notez, d'ailleurs, qu'il n'était question que d'un attentat unique, non répété, n'ayant pas excédé (au dire de l'enfant) une durée de quelques instants. Bref, au point de vue clinique, j'étais choqué de la disproportion de l'effet avec la cause, et je ne m'expliquais pas ce qui précisément réclamait une explication, à savoir cette exagération singulière des accidents phlegmasiques.

Le soupçon ainsi éveillé, j'interrogeai l'enfant; j'essayai de la faire causer, pour obtenir d'elle, s'il était possible, quelque renseignement nouveau. Et bientôt de ces interrogatoires plusieurs fois répétés ressortit pour moi une remarque importante : c'est que l'enfant, dans le récit qu'elle faisait de l'attentat commis sur elle, semblait plutôt débiter une leçon apprise par cœur que raconter un fait comme elle l'eût raconté de son propre fonds, livrée aux seules inspirations de sa petite intelligence. Ce récit, en effet, elle le reproduisait toujours dans les mêmes termes, invariablement, avec les mêmes tournures de phrases, les mêmes inflexions de voix, les mêmes incorrections de

langage, etc., à la façon, en un mot, des enfants qui répètent un compliment ou une fable.

Cette considération nouvelle très frappante, venant s'ajouter à ce que présentaient d'insolite les symptômes cliniques, ne fit qu'accroître mes soupçons. et je me demandai si nous n'étions pas dupes d'une simulation, d'un mensonge quelconque, relativement à l'origine invoquée des accidents. La chose était grave, puisque l'honneur d'un homme, d'une famille peut-être, se trouvait en jeu. Mais comment pénétrer le mystère ? Comment démêler le vrai du faux, et faire la part de l'un et de l'autre dans cette ténébreuse affaire ? Je m'y essayai cependant, me disant qu'après tout, avec de l'adresse, de la patience, de l'obstination, je parviendrais bien peut-être, à avoir raison d'un petit cerveau de huit ans. Il s'agissait de faire parler l'enfant et d'obtenir d'elle la vérité. Je procédai par un siége en règle et par voie de *captation*, pardonnez-moi le mot. J'attaquai la place par force amitiés, complaisances, compliments, etc. Quelques gourmandises, quelques pièces de monnaie, réussirent à nous gagner la confiance et l'amitié de la petite malade. J'abrégerai. Une poupée aux yeux mobiles décida de mon triomphe. Vaincue par cette irrésistible munificence, l'enfant finit avec beaucoup de peine et après beaucoup de temps, par raconter « qu'elle n'avait pas été touché par *un monsieur*; mais que sa mère, à trois reprises, lui avait frotté la partie avec une *brosse à cirage*, en lui défendant bien d'en rien dire à personne, et en la menaçant de recommencer si elle le disait », etc.

Ce qui suivit fut alors très simple. Maître de la vérité, je mandai à l'hôpital la mère de l'enfant ; je lui fis part de notre découverte, en ajoutant que, si elle ne retirait pas sa plainte dans le plus bref délai, j'aurais l'obligation formelle d'aller raconter au juge d'instruction l'histoire de la « brosse à cirage ». Cette femme pâlit en m'écoutant, ne proféra pas un seul mot de réponse, et nous quitta sur-le-champ. Quelques jours après, j'apprenais de l'expert que l'enquête était suspendue (probablement par ordonnance ne non-lieu). et que l'affaire, au moins médicalement, ne devait pas avoir de suites.

Donc, nos soupçons se trouvaient absolument justifiés. Ce n'était pas à un viol que nous avions eu affaire, mais bien à une *simulation de viol*. Les lésions que nous avions constatées sur l'enfant, et qui nous avaient paru si étranges, si insolites cliniquement, n'étaient pas le résultat d'un attentat vénérien, mais bien d'une irritation artificielement développée par des manœuvres d'un genre différent.

Et, très certainement aussi (bien que nous n'ayons pas eu d'aveux à cet égard), la simulation du viol visait, en l'espèce, une escroquerie, un « chantage » (suivant l'expression technique), à l'égard de celui qu'on donnait comme l'auteur du crime.

Telle est la première observation qui a servi de base au travail de M. Fournier. Celles qui suivent sont non moins démonstratives et ont permis à l'auteur de poser les conclusions suivantes :

« 1° Des faits existent en certains nombres auxquels on peut donner le nom collectif de simulation d'attentats criminels sur de jeunes enfants du sexe féminin. Ces faits consistent sommairement en ceci : production artificielle, sur une jeune enfant, de lésions vulvaires destinées à simuler les lésions d'un attentat et imputation de cet attentat à un auteur imaginaire dans un intérêt afférent au simulateur.

2° Cliniquement. il n'est pas impossible que ces lésions artificielles se trahissent par quelque particularité, quelque incident local, mais ce n'est là qu'une éventualité ; et, en principe, comme en pratique, nous ne connaissons aucun signe clinique propre à différencier sûrement une inflammation vulvaire déterminée par simulation d'une inflammation vulvaire résultant d'un attentat criminel.

3° Dans les cas de cet ordre, la découverte de la simulation moins des phénomènes cliniques que d'autres signes étrangers à l'art médical ; attitudes, réponses, hésitations, contradictions de l'enfant, antécédents du simulateur, circonstances diverses de la cause, etc.

4° Que si le médecin, même dans l'exercice de sa profession, aboutit à dépister la ruse et à découvrir la vérité, il a plus que le droit, il a le devoir de confondre une accusation criminelle et de sauvegarder l'honneur, la liberté, les intérêts d'un innocent.

5° Il importe à la sécurité de tous et à la dignité de l'art, qu'en pareilles affaires le médecin ne délivre de certificat constatant les lésions observées que sur l'invitation d'une autorité compétente ayant mission de les requérir ; — et il n'importe pas moins que, dans les certificats requis de ce genre, le médecin se borne à décrire les lésions observées, sans s'aventurer dans une interprétation étiologique de ces lésions, interprétation dont les éléments lui sont presque toujours refusés par la clinique.

6° Des mobiles moraux d'ordre divers servent, en l'espèce, d'inspiration au simulateur ; — l'un des plus communs est une spéculation pécuniaire à laquelle on peut conserver la dénomination triviale, mais expressive, de *chantage au viol*.

7° Des inflammations vulvaires d'origines diverses, voire le plus habituellement spontanées, ont maintes fois servi de base à des imputations d'attentat, et il n'est pas sans exemple que ces imputations illégitimes aient pu sembler justifiées soit par les réponses inconscientes des prétendues victimes, soit même par les imputations mensongères d'enfants prématurément perverties. »

L'intéressante communication de M. Fournier a été accueillie par les applaudissements unanimes de l'Académie.

(*Séance du* 26 *octobre* 1880). A. LUTAUD.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Manuel pratique de gynécologie et des maladies des femmes par le Dr de SINETY. (1).

Nous avons déjà parlé de la première partie de cet ouvrage (voyez *Annales de gynécologie*, mai 1879), et nos lecteurs en se reportant à notre analyse, pourront voir ce que nous pensions de cette publication.

Aujourd'hui que l'ouvrage est complet, sous forme d'un très beau volume de plus de 800 pages, nous désirons donner un aperçu du contenu de la deuxième et dernière partie, qui renferme l'histoire des polypes, des cancers, des kystes et des déviations de l'utérus, des affections des ovaires, des trompes et des ligaments larges, et des affections de la mamelle.

L'auteur divise les polypes en quatre groupes principaux : polypes fibreux, polypes muqueux, polypes papillaires, polypes fibrineux, puis étudie l'anatomie pathologique les symptômes, le diagnostic, le pronostic, l'étiologie et le traitement de chacun de ces groupes.

A propos des polypes muqueux, nous trouvons une division nouvelle qui nous paraît aussi simple que logique. L'on sait que les auteurs admettent plusieurs variétés de polypes muqueux de l'utérus. Fœrster en particulier les divise en cinq catégories. Or le Dr de Sinety n'en admet que deux : les *polypes du corps* et les *polypes du col*. Il se fonde

---

(1) Octave Doin, éditeur. Paris, 1879.

pour établir cette distinction, sur les différences anatomiques qui existent entre les deux types, différences qui sont expliquées par la structure normale de la muqueuse utérine. Dans les polypes du corps on trouve des glandes plus ou moins hypertrophiées revêtues d'un *épithélium cylindrique*, souvent à cils vibratiles, tandis que dans les polypes qui se sont développés dans la cavité cervicale on observe des glandes en grappes tapissées d'un *epithélium caliciforme*.

Souvent l'orifice des glandes s'oblitère, dit le Dr de Sinety, et les produits de secrétions accumulés dans leurs cavités, les distendent et forment de véritables kystes par rétention. Selon que les glandes sont plus ou moins nombreuses, plus ou moins dilatées et transformées en kystes, ou selon le degré de vascularisation, on a les différentes espèces décrites par les auteurs, sous le nom de polypes glandulaires, kystiques, vasculaires, utéro folliculaires (d'Huguier).

L'auteur a su condenser dans une trentaine de pages, l'étude du cancer de l'utérus ; étude remarquable surtout dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique.

Les déviations utérines, anteflexion, rétroflexion, antéversion rétroversion sont également l'objet d'un excellent chapitre. A propos du traitement le Dr de Sinety insiste surtout sur le traitement des complications. Si l'on est forcé de réduire, les manœuvres, dit-il, doivent se faire avec les doigts plutôt qu'avec les divers instruments hystéromètres ou redresseurs. Et pour maintenir la réduction, les tampons d'ouate, les pessaires vaginaux doivent être seuls employés, les pessaires intra utérins n'offrant que des avantages aléatoires, et pouvant occasionner des inconvénients, des dangers et quelquefois la mort.

A propos du traitement du prolapsus de l'utérus, nous regrettons que l'élytrorrhaphie ne soit pour ainsi dire que mentionnée. Nous espérons bien que dans la 2e édition l'auteur entrera dans plus de détails et nous fixera sur la valeur de ce procédé opératoire si communément employé à l'heure actuelle à l'étranger.

La quatrième partie consacrée aux affections des ovaires, des trompes et des ligaments larges, en raison des recherches personnelles de l'auteur sur l'anatomie normale et pathologique de l'ovaire, offre un intérêt tout particulier. C'est une partie, qui demande non à être lue, mais à être étudiée, car les faits nouveaux, les idées originales, abondent aussi bien dans les chapitres concernant l'anatomie normale de l'ovaire

les kystes de l'ovaire que dans ceux où se trouvent exposées l'hématocèle circum utérine et la stérilité.

La cinquième et dernière partie concerne les affections de la mamelle.

Suivant l'ordre adopté dans tout le livre, l'auteur consacre le premier paragraphe à l'anatomie et à la physiologie normales de la mamelle. Si nous ne nous trompons, ce chapitre est destiné à devenir classique.

Quant aux affections de la mamelle, les affections inflammatoires sont seules étudiées, nous le regrettons vivement et nous espérons que lors de la prochaine édition, l'auteur nous donnera un nouveau chapitre concernant l'histoire des tumeurs mammaires, car nul, mieux que lui, en raison de sa haute compétence et de ses longues recherches personnelles sur ce point, n'est plus en situation de le faire.

En résumé, l'auteur sortant des sentiers si souvent battus, parce-qu'ils sont faciles à suivre, au lieu de nous donner une compilation indigeste ou incomplète, mettant à contribution son érudition, mais avant tout ses travaux personnels et le résultat de ses observations cliniques, nous a donné un vrai livre, c'est à dire un ouvrage dans lequel tous les médecins trouveront à apprendre.

Dr PINARD.

VARIÉTÉS

La millième ovariotomie pratiquée par Spencer Wells. — Ce fut une véritable fête à l'hôpital des femmes de Londres, le 11 juin derdier, lorsque M. Spencer Wells a pratiqué l'ovariotomie pour la millième fois. Quand on pense aux nombreuses heures de recherches et d'anxiété nécessitées par cet acte incomparable, indépendamment du travail de l'opérateur lui-même, on peut vraiment admirer l'accomplissement de cette tâche herculéenne. Cependant nous avions encore plus de motifs peut-être d'en admirer le début, tant en ce qui concerne la science chirurgicale que le grand opérateur contemporain lui-même. La millième opération fut en effet pratiquée dans des conditions relativement faciles et, devait être considérée comme le bril-

lant couronnement d'une lutte commencée sous des auspices diamétralement différents.

Reportons-nous à ce que signifiait le mot *ovariotomie* en décembre 1857, lorsqu'il frappait l'oreille d'un chirurgien quelconque, et réfléchissons à ce qu'est actuellement cette opération. Outre les longues listes des cas de M. Wells, nous avons de longues tables de statistiques des opérations faites par d'autres chirurgiens, lesquelles tables, sans l'exemple donné par M. Wells, auraient sans doute été beaucoup plus courtes. La bonne foi ne laisse aucun doute sur celui à qui sont dus en cette circonstance l'honneur et la réputation.

En 1857, il y avait quarant-huit ans que Mac Dowell avait pratiqué pour la première fois l'ovariotomie. C'était un fait avéré; il ne peut y avoir deux premiers, et personne n'a rendu plus d'hommages à la mémoire du chirurgien américain que M. Wells lui-même. Mais ce que M. Dowell a inauguré, a été adopté depuis lors par d'autres avec timidité, et le succès n'a jamais été assez satisfaisant pour inspirer une confiance suffisante à la société de chirurgie. M. Dowell est à Spencer Wells ce que Salomon de Caus, le marquis de Worcester, Papin et Savery sont à James Watt.

En 1857, l'opération était tombée dans un absolu discrédit, et ainsi que le dit le docteur Keith : « L'ovariotomie n'était alors, comme opération, pratiquée nulle part. » Le Dr Clay avait obtenu quelques succès dans les provinces et, d'une façon ou d'une autre, avait, pour ainsi dire, inspiré quelque confiance aux chirurgiens tant de la capitale que de la province, et ainsi il fit considérer l'ovariotomie comme une opération que l'on pouvait réellement réussir. En dépit de son habileté, de sa science, Baker Brown l'avait manquée si souvent qu'il fut menacé d'une enquête au premier cas de mort qui se produirait, et il n'avait fait aucune opération de ce genre quand M. Wells commença. Lister avait nommé les ovariotomistes « déchireurs de ventres. » Lawrence et d'autres grands chirurgiens d'hôpitaux ne cessaient de jeter sur eux le plus grand discrédit.

En outre des prescriptions personnelles sur les points les plus minutieux de traitement général à suivre, M. Wells mettait en pratique et recommandait chaudemant certains détails de manipulation et de thérapeutique jusque là plus ou moins négligés. Il ne lia plus le pédicule et ne laissa plus les bouts de la ligature pendre en dehors de la plaie. Il raccourcit l'incision de la partie abdominale et vida le kyste avant d'essayer de l'extraire.

Il remplaça le traitement externe du pédicule par un traitement interne, et n'employa ce mode de traitement interne qu'après que des antiseptiques eussent changé la condition totale de l'opération. Il prit grand soin de comprendre le péritoine dans les sutures unissant la plaie abdominale, pratique basée sur l'évidence de l'expérimentation scientifique, visiblement démontrée par ses pièces anatomiques, qui indiquent chez les animaux les effets produits par les sutures unissant la plaie abdominale, pièces anatomiques qui sont maintenant au musée du *college of Surgeons*. Il ne conseillait l'usage de l'opium après l'opération, que dans les cas où la nécessité s'en ferait sentir, et il s'opposait à ce que la température de la chambre de la malade fût trop élevée. De plus, il publia sur la matière des études scientifiques.

Outre la libre publicité des statistiques présentées à la Société royale de chirurgie et de médecine, il exhiba devant la Société de pathologie non seulement des cas d'anomalies remarquables dans les maladies des ovaires, ou des cas exceptionnels en matière de tumeurs du bassin, auxquels tout opérateur doit être préparé, mais il présenta chaque tumeur enlevée, quel qu'en fût le résultat, jusqu'à ce que l'opération fut complètement reconnue comme efficace.

Quels sont les fruits de tout ce travail en dehors de ce qui découle des mille opérations accomplies ? en dehors des premiers *cinq cents* cas de M. Wells, 373 guérisons ont été obtenues, mais on a eu 127 morts, ce qui fait une mortalité de 25,4 p. 100. D'importants résultats pratiques avaient déjà suivi ses efforts, et plusieurs imitateurs avaient commencé à essayer l'ovariotomie en prenant les mêmes précautions et en obtenant les mêmes succès. Sur les 300 sujets suivants, 223 furent sauvés et 77 moururent, c'est-à-dire 25,6 p. 100. Sur les 117 opérations suivantes, 83 furent couronnées de succès, c'est-à-dire qu'il y eut une mortalité de 17 p. 100. Pendant les deux dernières années que M. Wells a opéré au *Samaritan hospital*, le vrai champ de bataille de ses victoires, il a sauvé 90 malades sur 100. Enfin, sur les 100 derniers cas, 89 ont réussi, 11 seulement ont échoué, c'est-à-dire qu'il y a eu une mortalité de 11 p. 100. En 1878, peu de temps avant d'avoir atteint le chiffre de 900 cas, il avait adopté des précautions antiseptiques. Le total général nous donne 768 guérisons et 230 morts, c'est-à-dire une mortalité de 23,2 p. 100. Mais pour juger équitablement de ces chiffres, la faible mortalité de 11 p. 100 observée dans les derniers 100 cas doit, dans l'état actuel des opéra-

tions faites sous l'influence des antiseptiques, être considérée comme une moyenne que nous verrons encore diminuer; et, pour rendre justice à l'opérateur, il ne faut pas oublier que la plupart des derniers cas ont été grandement compliqués, d'autres chirurgiens ayant entrepris de nombreux cas parmi les plus simples, cas qui, quelques années auparavant, auraient été soumis à M. Wells.

Lord Selbourne, dans une adresse publique, a démontré comment, la guérison des 373 malades sur les 500 premiers cas de M. Wells, représentait un gain total de 10,817 années d'existence. Par le même calcul, en multipliant les 768 guérisons par 29 ans, vie moyenne, nous voyons que 22,272 années de vie humaine ont été ajoutées à la société par les soins de M. Spencer Wells. D'après cela, et les observations ci-dessus, tout commentaire est inutile. Sans vouloir déprécier ceux qui autrefois ont tenté l'ovariotomie, ou ceux qui depuis l'on perfectionnée, il faut reconnaître que M. Spencer Wells a relevé cette opération du discrédit dans lequel elle était tombée, et l'a établie dans l'opinion du corps médical ici et ailleurs, comme une opération chirurgicale d'un succès merveilleux.

Nous ne pouvons donc que nous associer aux félicitations que la presse anglaise est unanime à adresser au chirurgien qui a le plus honoré la Gynécologie anglaise pendant les vingt dernières années.

A. LUTAUD.

Cours d'accouchement. — Le Dr Thevenot recommencera son cours public d'accouchement, le lundi 15 avril à 5 heures, et le continuera les mardi, mercredi et vendredi à la même heure. Boulevard Saint-Germain, 172.

Policlinique de chirurgie des femmes du Dr Berrut, rue de Bellechasse, 29. — Du 1er novembre au 31 août de chaque année. Le jeudi à 9 heures du matin : consultations auxquelles assistent les élèves inscrits; à onze heures: leçon à laquelle sont admis tous les médecins, élèves et sages-femmes.

La première leçon aura lieu le jeudi 4 novembre.

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 29-31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1880.

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'ÉTROITESSE DES ORIFICES UTÉRINS
DANS SES RAPPORTS AVEC
LA DYSMÉNORRHÉE ET LA STÉRILITÉ.

Par le professeur Pajot.

Quelques bons travaux qui touchent à ce sujet ont été publiés en France et à l'étranger. La question cependant est loin d'être épuisée et ne le sera de longtemps. Il m'a semblé qu'il convenait à chacun de nous d'apporter sa part d'observation personnelle sur ce point intéressant de gynécologie. Qu'on ne s'attende donc pas à trouver dans ce court travail un historique et une érudition que tous les médecins ont la possibilité de puiser dans une bonne bibliothèque. L'auteur de cette note

entend dire ce qu'il a observé. Peut-être trouvera-t-on, dans cet exposé succinct, quelques remarques qui ne sembleront pas trop indignes d'arrêter un instant l'attention des médecins attachés à l'étude de l'obstétrique et des maladies des femmes.

Si, dans l'observation des faits, et surtout dans leur interprétation, nos confrères relèvent des inexactitudes involontaires, ils feront, pour nous, ce que nous allons nous efforcer de faire pour nos devanciers, ils opposeront leurs observations aux nôtres, pour en tirer des conclusions différentes ou plus complètes, et corrigeront dans nos observations les déductions qui ne leur sembleraient pas s'en dégager rigoureusement. Ainsi progressera la gynécologie.

L'étroitesse *anormale* des orifices de l'utérus peut se rencontrer aux deux orifices du col et aux deux orifices du corps.

N'ayant aucun moyen de contrôle pour les orifices du corps utérin ou interne des trompes, il est inutile de s'y arrêter, à moins qu'il n'y ait, en France, quelques médecins qui prennent au sérieux le cathétérisme des trompes de Fallope, ce dont on peut douter, quant à présent.

Le rétrécissement des orifices du col peut affecter l'orifice *interne* ou l'orifice *externe*, ou tous les deux à la fois, ou encore le canal cervical tout entier.

Ce rétrécissement peut être *congénital*, ce qui est commun, ou *acquis*, cas relativement très rare.

Le rétrécissement de l'orifice *externe* est facilement observable, par la seule inspection; celui de l'orifice *interne* ne peut se révéler que par le cathétérisme.

L'importance relative de ces deux rétrécissements est tout à fait différente, selon les conséquences qu'on veut envisager.

S'il s'agit de la *dysménorrhée*, l'étroitesse des deux orifices et même du canal tout entier peut avoir son influence comme cause.

S'il est question de *stérilité*, le rétrécissement de l'orifice *externe* prime tout le reste, ainsi que la suite le démontrera.

Il convient d'abord de constater minutieusement sous quels

aspects très différents se présentent les rétrécissements de l'orifice *externe*, sujet traité fort incomplètement dans les traités d'accouchements et de gynécologie.

Il faut envisager l'étroitesse de l'orifice *externe* au triple point de vue du *degré*, de la *forme* et de la *situation*, toutes les variétés dérivant de l'une, de l'autre ou de toutes ces conditions.

Normalement, l'orifice externe d'une *nullipare* varie entre 2 à 4 millimètres de diamètre, il est circulaire ou un peu ovalaire transversalement, situé exactement au centre du cône légèrement arrondi présenté par le col vaginal et occupant souvent le fond d'une petite cupule ou d'une faible dépression.

Mais que de nuances encore dans cette normalité!

Où commence l'étroitesse? Le *degré* d'étroitesse varie depuis les dernières limites de l'orifice normal, jusqu'à l'orifice capillaire, et, dans certains cas, rares, mais qui existent, jusqu'à l'invisibilité à l'œil nu.

Au-dessous de 2 millimètres, l'orifice externe peut être considéré comme étroit.

La *forme* chez la *nullipare* est arrondie ou faiblement ovalaire, mais la dépression peut manquer, et alors l'orifice est simplement un trou fait comme à l'emporte-pièce.

La *position* de l'orifice congénitalement étroit ne présente pas moins de variétés. Ou bien il est situé dans la position naturelle, au sommet du cône arrondi et sans dépression, ou bien il se trouve sur l'extrémité saillante d'un col très conique et effilé en pointe (col en toupie), ses bords faisant, ou non, une petite saillie sur la muqueuse; ou bien encore, il n'occupe pas le centre du museau de tanche et se trouve relégué sur l'un des côtés, et parfois à l'une des commissures de deux minces reliefs accolés ensemble, un peu plus pâles que le reste de la muqueuse et qui représentent en miniature les lèvres du col d'une multipare. Il semble que les deux petits rebords aient été soudés entre eux, ne laissant libre qu'un pertuis très fin à l'une des commissures.

Il n'est pas question ici des diverses positions que l'orifice peut occuper dans le vagin par suite des déviations du col lui-

même. Dans tout ce qui est décrit relativement à la position de l'orifice, toutes les remarques précédentes supposent toujours le col dans l'axe du vagin, c'est-à-dire dans la situation régulière.

Les orifices les plus largements ouverts se trouvent, dans beaucoup de cas, reposer sur la paroi vaginale comme conséquence d'une déviation utérine, ils sont alors cachés et véritablement couverts et comme obturés par la muqueuse du vagin. Cette situation est une difficulté d'un autre ordre, bien plus pour la fécondation que pour la menstruation. Elle n'entre pas dans notre sujet.

Sauf le cas rare où le pertuis est capillaire et se trouve situé ailleurs qu'au centre du col, la constatation d'une étroitesse de l'orifice *externe* n'offre aucune espèce de difficulté. L'application d'un spéculum ordinaire découvre à la fois le col et l'anomalie. Deux fois pourtant, il m'a fallu faire pénétrer un verre de loupe fixé sur un léger manche, pour être assuré qu'il y avait un orifice, les deux femmes déclaraient avoir leurs règles et cependant la surface unie et saine du col ne permettait pas à la vue de distinguer sûrement aucune ouverture.

Ce ne serait pas une occasion pour imiter cet accoucheur qui ne trouvant d'orifice, pendant le travail, ni avec l'index ni avec le spéculum, négligea d'introduire la main entière ou d'utiliser sa loupe, et concluant à l'absence d'une sortie pour le fœtus, fit une ouverture avec le bistouri, ce dont la femme mourut nécessairement. L'orifice était derrière le pubis!

Nous sommes tous exposés à commettre des erreurs, mais elles sont excusables, lorsqu'on a mis en usage tous les moyens connus pour les éviter.

Quant à l'étroitesse de l'orifice *interne*, il est trop évident qu'on ne peut d'abord que le soupçonner. Le cathétérisme seul a le pouvoir d'éclairer le diagnostic. Voilà un des cas où les sondes en baleine, graduées, qu'on peut fabriquer soi-même pour cet usage, rendent d'incontestables services et évitent les accidents reprochés avec raison aux hystéromètres. Leur sub-

stance flexible et ferme à la fois les rend tout à fait utiles pour apprécier, mesurer et ne courir aucun risque de blesser l'organe. Peut-être est-ce une illusion paternelle, j'imagine qu'un temps viendra où plus aucun médecin ne se servira d'instruments métalliques pour ce genre d'exploration et d'autres analogues. Il ne faut pas craindre de dire que ce sera au grand bénéfice des malades, car, si chaque praticien voulait passer un sérieux examen de conscience, sur l'article dilatateur, laminaria, éponge préparée et hystérométrie, que de relations d'accidents et de désastres on pourrait recueillir!

S'il n'est pas arrivé à celui qui écrit ces lignes d'ajouter un certain nombre de revers à ceux pour lesquels il a été appelé trop souvent, c'est en vertu d'une habitude déjà exposée ailleurs à propos des *injections utérines*. Quand, dans les publications périodiques, il est fait mention de complications graves ou mortelles survenues à la suite de l'application d'un procédé, d'un traitement, ou d'un instrument nouveaux, bien que personnellement on en ait usé sans inconvénients et même avec avantage, il ne faut pas se persuader facilement que le succès tient à ce qu'on est plus habile ou plus heureux que ses confrères, il faut chercher à pénétrer les causes de ces complications, étudier avec soin le traitement, l'instrument ou le procédé et ne pas hésiter à les modifier ou même à les abandonner tout à fait (1).

(1) La plus rude leçon que l'expérience m'ait donnée, dans ce genre, date de plus de vingt ans. Suppléant de P. Dubois à la Clinique, dans une épidémie qui atteignit *quarante* et quelques femmes, en l'espace de 2 à 3 mois toutes furent guéries, *pendant* que je leur donnais des soins et par un traitement dans lequel entrait, en partie déjà, l'alcool, bien avant qu'il fît la fortune que l'on sait. Dix mois plus tard, une nouvelle épidémie, qui dura plus longtemps, envahit les salles d'accouchées. Une *cinquantaine* de femmes furent atteintes. Le médecin, les infirmières, les soins étaient les mêmes. Comme précédemment, une prime fut promise à l'infirmière en chef par chaque grande malade sauvée ; ces malheureuses furent soignées comme si chacune d'elles eût possédé vingt-cinq mille livres de rente, ainsi que dans la première épidémie d'ailleurs. Cette fois, les appointements du suppléant (150 francs par mois, dans ce temps-là, sauf votre respect) ne furent point entamés, *toutes* succombèrent

Comme il faut être circonspect dans les jugements en thérapeutique. Combien un scepticisme raisonnable et prudent n'est-il pas nécessaire au médecin.

Nous demander de ne point hésiter à appliquer aux nôtres et à nous-mêmes le traitement que nous prescrivons, voilà le droit de l'humanité. Reconnaître ce droit, et nous instruire toujours, voilà notre devoir.

Un gynécologiste américain, le Dr Engelmann (de Saint-Louis), publie en ce moment un mémoire *sur les dangers des opérations utérines les plus simples* (1).

Il serait désirable que tous les jeunes médecins, et même un bon nombre de vieux, fussent pénétrés des vérités si vivement mises en lumière par ce savant et habile confrère. Tout ce qu'il a décrit, dans son excellent mémoire, nous a paru juste, vrai et droitement observé. Quand deux médecins inconnus l'un à l'autre, séparés par six mille kilomètres, observant chacun de son côté des populations différentes, quand ces deux médecins tombent d'accord sur tous les points, il y a de grandes probabilités pour qu'ils soient dans la vérité. Tous les gynécologistes honnêtes, dont la pratique est ancienne, partageront les opinions de M. Engelmann.

Les plus petites opérations pratiquées sur l'utérus exposent certaines femmes aux dangers les plus grands, à la mort.

Nous allons retrouver ces femmes en recherchant les *vrais* résultats de l'étroitesse des orifices utérins.

Pour la majorité des médecins de femmes, des accoucheurs et des praticiens qui ont, par occasion, un avis à donner sur

---

plus tôt ou plus tard, à ce point, que j'allais trouver le directeur de l'Assistance publique pour demander qu'on fermât l'hôpital ! La confiance dans l'excellent traitement n'y résista pas. Après la première épidémie (pourquoi ne pas le dire puisque c'est vrai) cette série de succès avait inspiré au propriétaire de ma personne une certaine estime pour ses talents. Après la seconde, il fallut bien s'avouer qu'on s'était considérablement surfait soi-même.

(1) *Les dangers des manipulations et des opérations utérines les plus sim-* par M. le Dr Engelmann (de Saint-Louis). *Annales de Gynécologie*, octobre 1880 ; traduit par le Dr Cordes (de Genève).

un orifice trop étroit, la *dysménorrhée* et la *stérilité* sont les conséquences ordinaires de ce léger vice de conformation, et par contre, consultés sur les question de *dysménorrhée* et de *stérilité*, aussitôt se présente à leur esprit l'idée d'un retrécissement congénital ou acquis des orifices utérins.

Il n'est pas admissible que parmi les praticiens où se rencontrent tant d'hommes instruits et très fins observateurs, si ces opinions n'avaient rien de fondé, elles se fussent à peu près généralisées comme elles le sont aujourd'hui. Elles sont fondées en partie, mais en partie seulement, et c'est avec une conviction profonde, basée sur des faits, que je vais essayer de démontrer combien le problème est plus complexe qu'on ne le croit généralement.

Madame X... a 24 ans. C'est une belle jeune femme, cheveux blond chatain, peau blanche, magnifique constitution, bonne santé, bon appétit, bon sommeil, pas de maladies antécédentes, fonctions régulières, caractère placide, mariée depuis quatre à cinq ans, pas d'enfants. *Menstruation régulière, sang rouge, jamais de douleurs. Orifice externe de l'utérus invisible à l'œil nu.* — Mari jeune, vigoureux, spermatozoaires abondants et vivaces.

Dilatation graduée de l'orifice. Grossesse, accouchement heureux. Depuis kyrielle d'enfants.

Madame de C..., 32 ans, mariée depuis quatre ans, sans enfant, tempérament lymphatique, maigre, *bien réglée*, *jamais de douleurs pendant la menstruation*, sang rouge, deux jours, trois ans de mariage, *orifice externe presque invisible.*

Dilatation graduée après examen très satisfaisant du mari. Grossesse deux mois après. Second enfant depuis.

Madame T..., habitant la province, assez maigre, nerveuse, quatre à cinq ans de mariage, pas d'enfants. — Elle est bien réglée, *sans douleurs.* — Orifice de 1 millimètre à peine. — Dilatation graduée, après examen suffisamment satisfaisant du

mari. Dans les trois mois qui suivent, grossesse, accouchement heureux. Second enfant depuis.

Il serait facile et fastidieux de multiplier ces observations et de montrer des femmes ayant des orifices utérins présentant tous les degrés de l'étroitesse et *n'éprouvant aucune douleur* pendant la menstruation. L'orifice *interne* était large, dira-t-on. C'est d'abord ce qu'il faudrait démontrer, et quand la démonstration sera faite, il conviendrait d'expliquer pourquoi dans les *dysménorrhées membraneuses*, par exemple, alors que l'orifice *interne* et *externe* ont été largement dilatés par le sac ou ses débris membraneux, la menstruation suivante ou les autres sont encore très douloureuses, quoique parfois, dans celles-ci, il n'y ait d'expulsé que du sang.

Pour nous, dans la *dysménorrhée* commune, sans rejeter tout à fait la part qui revient au rétrécissement, *il y a autre chose,* et si cette autre chose n'existe pas, quel que soit l'orifice rétréci et le degré d'étroitesse qu'il présente, les phénomènes dysménorrhéiques n'apparaîtront pas.

La cause efficiente des douleurs de la menstruation n'est guère aujourd'hui mise en doute par personne ; ce fut une des erreurs de Cazeaux de croire l'utérus « en possession de propriétés nouvelles » par la grossesse, erreur que nous croyons avoir démontrée il y a vingt ans (1). *L'irritabilité* et la *contractilité* de l'utérus *non gravide* sont si évidentes qu'on se demande comment ces propriétés de tissu ont pu échapper à l'observation d'un esprit aussi distingué.

Or, ces propriétés ont besoin, pour se manifester en dehors de la grossesse, d'une cause d'excitation qu'elles trouvent, d'une part, dans la congestion dont l'organe est le siège pendant la ponte et, d'autre part, dans la présence du sang contenu dans les cavités du corps et du col. Cela est tellement certain qu'on retrouve le même phénomène pendant la grossesse très ampli-

---

(1) *Traité des accouchements*, par P. Dubois et Pajot, 2e fascicule. Asselin.

fié et alors facilement constatable, quand des caillots viennent à être retenus dans la cavité de l'utérus.

Mais de même qu'on voit, chez certaines femmes, des caillots volumineux interposés entre le placenta et la matrice ou enchâssés dans la substance placentaire subir, avec le temps, toutes les modifications aujourd'hui si bien connues, et malgré leur présence l'utérus rester inerte et la grossesse continuer son cours; de même on voit, chez d'autres femmes, la matrice entrer en contraction au moindre suintement sanguin survenu sous l'influence de causes internes ou externes.

De même encore, on observe des utérus qui, pendant la grossesse, entrent en action, sous l'influence de la cause la plus légère (émotion, faux pas, simple mouvement de lever les bras, etc.), tandis qu'on en voit d'autres demeurer inertes, malgré les ébranlements les plus violents et les plus extraordinaires (chute du haut d'un pont, d'un escalier, accidents de chemin de fer, etc.).

A quoi peuvent tenir des différences aussi frappantes? Incontestablement, aux divers degrés d'excitabilité du tissu, qui varient entre eux autant que les individus eux-mêmes. Et ce n'est pas seulement dans l'utérus gravide qu'existent ces deux pôles de la sensibilité organique, l'excitabilité exquise et la torpidité profonde, on les retrouve dans la matrice en vacuité, davantage encore dans l'utérus menstruel, dans d'autres systèmes aussi, et même dans certains organes de l'homme.

Là, me paraît être la cause primordiale, génésique, de la *dysménorrhée* simple, l'étroitesse des orifices n'est que la cause occasionnelle, secondaire assez souvent, comme le serait une flexion, un fibrome, etc., c'est du moins une explication assez raisonnable de ces coïncidences déconcertantes, d'un orifice d'une étroitesse invraisemblable, avec une menstruation régulière et facile.

Les symptômes de la *dysménorrhée* simple sont trop connus pour avoir besoin d'une description.

Douleurs plus ou moins vives, parfois extrêmement violentes,

intermittentes, apparaissant le plus souvent au début de la menstruation, quelquefois pendant, beaucoup plus rarement à la fin, retentissement dans l'un des ovaires, ou dans les deux, vomissements, hystérie, etc.

Cet état si alarmant pour les familles, surtout les premières fois qu'il se produit, ne paraît pas d'un pronostic très fâcheux, en général. Il nécessite des secours, bien plus par les douleurs qu'il détermine que par les accidents sérieux qu'il cause. Cependant, cela n'est vrai qu'à la condition de soumettre la malade à une hygiène raisonnable. Des imprudences graves ou des accidents survenus pendant la période dysménorrhéique ont pu la compliquer de métrite et même de métropéritonite, mais sous l'influence de soins judicieux, on peut observer des jeunes filles vierges, qui présentent pendant plusieurs années, presque à chaque époque menstruelle, tous ou quelques-uns des symptômes douloureux indiqués, sans que la santé générale en paraisse gravement ébranlée.

On me permettra de passer rapidement sur ces considérations susceptibles de grands développements, pour arriver au traitement de l'étroitesse des orifices aux deux points de vue de la *dysménorrhée* et de la *stérilité*, but principal de ce travail.

Deux méthodes sont connues et pratiquées pour parvenir au but, qui est d'élargir l'orifice ou les orifices *interne* et *externe* du col utérin.

L'incision et la dilatation.

L'incision est une opération facile, rapide, brillante, mais malgré les nombreuses applications qui en ont été faites, exposant à des dangers, rares je l'accorde, mais indéniables et même à la mort. Je ne saurai jamais exprimer, comme je le sens, la reconnaissance et l'adhésion entière qu'a entraîné, en moi, le mémoire de M. le Dr Engelmann (de Saint-Louis), traduit par notre ami Cordes de (Genève) et publié dans la *Gynécologie*. Il me semblait en lisant ces pages si vraies et si sainement observées

qu'elles traduisaient ma pensée même, encore sous le coup de deux événements désastreux.

J'avais vu, quelque temps avant que ce travail ne parût, deux dames traitées toutes deux par des chirurgiens les plus honorables et les plus distingués. L'une de ces dames présentait une péritonite pelvienne des plus graves qui nécessitera des mois pour guérir, si elle guérit, comme je l'espère, accident survenu à la suite d'un simple cathétérisme utérin, qui certainement a été habilement pratiqué, car, je le répète, le chirurgien est instruit et habile ; l'autre de ces dames avait été prise d'une métrite avec péritonite partielle à la suite d'une simple application d'éponge préparée, introduite dans le but d'une opération de curage utérin qui ne put pas être pratiqué, bien entendu.

Je cite ces deux faits parce que c'étaient les derniers que je venais d'observer, quand j'ai lu M. Engelmann.

Je pourrais en ajouter plusieurs tout à fait comparables, entre autres celui d'une dame de Paris, chez laquelle j'avais, avec toutes les précautions possibles, appliqué une tige de laminaria avec canalicule. L'opération pratiquée dans l'après-midi fut pourtant suivie de la mise au lit immédiate. On n'en vint pas moins me chercher pendant la nuit, la malade souffrant beaucoup, me dit-on. Elle avait eu un frisson et il y avait de la sensibilité profonde au-dessus des pubis. Je me hâtai de retirer le corps étranger. On fit des injections émollientes et narcotiques. Un bain de son prolongé, puis cataplasmes laudanisés sur le ventre. L'accident n'eut pas de suite, huit jours après la jeune dame était rétablie à ma vive satisfaction, car j'avais eu grand peur. Il s'agissait d'un cas de *stérilité* par étroitesse, et dans ce temps-là je dilatais avec la laminaria.

Si notre confrère de Saint-Louis a raison, si les faits précédents viennent lui prêter leur appui, si beaucoup de médecins peuvent en citer d'analogues, que faut-il penser de la méthode par incision préconisée surtout par les Américains, quand il s'agit, ou bien d'apporter un remède à la *dysménorrhée* qu'on peut soulager ou guérir, sans aucun danger, en procédant au-

trement; ou bien, ce qui est pire encore, de favoriser la fécondation chez une femme qui présentement jouit de la santé la plus parfaite ?

Que l'on tente une opération pareille, contre un état pathologique quelconque intéressant sérieusement la santé ou la vie, rien à coup sûr ne sera plus honorable et plus légitime.

Contre la *dysménorrhée*, douloureuse il est vrai, mais facile à soulager par d'autres moyens inoffensifs, et même à guérir radicalement, si l'étroitesse est la vraie cause, par des opérations absolument sans danger, doit-on pratiquer l'incision du col ? Je soutiendrai que je ne m'en croirais pas le droit; d'abord, parce que les suites immédiates ou éloignées de l'incision peuvent être la source de dangers incontestables, quoi qu'on en puisse dire, et quelque nombreux succès qu'on produise ; ensuite, parce qu'il n'est rien moins que certain qu'on guérira la dysménorrhée ou qu'on obtiendra, à coup sûr, une grossesse en fendant le col d'un bout à l'autre.

A cet égard, la formule de Mauriceau sur l'opération césarienne me paraît complètement applicable. « Laissons-la pratiquer par les autres, quant à moi, je ne l'ai jamais faite et n'ai pas envie de la faire. »

Ce qu'il y a de plus singulier en tout ceci, c'est de voir des chirurgiens très connus et d'ailleurs très habiles, après avoir beaucoup vanté cette opération, faire construire des dilatateurs qui, pour le dire en passant, nous paraissent mal conçus.

C'est donc à la *dilatation* qu'il est prudent et sage d'avoir recours et contre la *dysménorrhée* et contre la *stérilité*.

Mais encore, ici, y a-t-il un choix à faire dans le procédé de dilatation, et il s'en faut que tous aient les mêmes avantages et la même innocuité.

Les ayant tous successivement employés pendant une période de plus de trente ans, il m'est permis d'avoir, sur ce point, une certaine expérience, qui d'ailleurs me semble trouver un appui dans bon nombre de travaux gynécologiques en France et à l'étranger. L'accord sera complet sur la doctrine générale.

Mais il ne sera pas inutile d'examiner une question prélimi-

naire qui jettera peut-être une note personnelle et discordante dans cet accord signalé d'avance.

La *dilatation* ne me paraît pas devoir être pratiquée de la même manière, ni dans le *lieu*, ni dans le *mode* contre la *dysménorrhée* et contre la *stérilité*.

La *dilatation*, dans le cas de *dysménorrhée*, doit porter sur les deux orifices *interne* et *externe* du col ; dans le cas de stérilité, il suffira *toujours* de dilater l'orifice externe. Voilà pour le *lieu*.

Que la dilatation doive porter sur les deux orifices, pour combattre la *dysménorrhée* qu'on croit se rattacher à leur étroitesse, le fait n'a pas besoin d'explication ; qu'on se contente de dilater l'orifice *externe*, quand il s'agit de favoriser la fécondation, cette pratique n'est pas sans choquer un peu les idées généralement acceptées, et cependant par le raisonnement, et aujourd'hui par des faits nombreux, il m'est absolument démontré que cette dilatation de l'orifice *externe* est tout à fait suffisante.

C'est pour n'y avoir pas suffisamment réfléchi qu'on a porté et qu'on porte encore des éponges préparées ou de la laminaria jusque dans la cavité du corps utérin pour combattre la stérilité par étroitesse. Outre que cette pratique est fort dangereuse, au dire de beaucoup de vieux gynécologistes, et je partage entièrement cette opinion, l'introduction jusque dans l'orifice *interne* est complètement inutile pour atteindre le but qu'on se propose.

Comment, les spermatozoaires passent par les orifices *internes des trompes* chez une nullipare, orifices à peine visibles à l'œil nu et non encore précédés de ce petit infundibulum que creusera plus tard la grossesse, et ces spermatozoaires ne passeraient pas, une fois engagés dans le canal, par l'orifice *interne* du col, quel qu'il soit, chez une femme bien menstruée. Qui le soutiendrait ? Ouvrez-leur largement la porte et dites aux femmes : laissez-leur prendre un pied chez vous.........

D'ailleurs les faits sont là. Voilà plus de dix ans que pour mon compte je ne dilate plus que l'orifice *externe* dans les cas de *stérilité* et j'ai donné un bon nombre d'enfants à des gens mariés depuis quatre, cinq, six et jusqu'à près de quatorze ans de mariage stérile, et je ne connais pas tous mes enfants, car il

faut le dire, le dire encore et le redire aux jeunes médecins (les vieux le savent), de plus oublieux, de plus léger, de plus ingrat qu'une femme, il n'y a rien,.... que plusieurs femmes.

Il y a *quatre* ans, je traitai, chez une grande et forte jeune femme, mariée depuis quelques années, un léger état catarrhal et une étroitesse de l'orifice *externe*. Le traitement dure six semaines, la maladie est guérie et l'orifice permettrait l'entrée du bout du petit doigt. La malade ne revient plus. Elle habitait alors Paris. Au commencement de cette année, elle revient pour un léger catarrhe insignifiant. Je ne la reconnais pas. Elle me rappelle son histoire. « Eh bien, lui dis-je, nous n'avons donc pas réussi ? — Mais si, Monsieur, j'ai un enfant de 3 ans qui se porte bien. — Vous avez donc quitté Paris ? — Mais non, Monsieur, nous demeurons toujours au même endroit. »

Or, elle habite à *dix minutes* de chez moi ! Elle est devenue enceinte sitôt après le traitement et jamais la pensée ne lui est venue de me le faire savoir. Ce n'est point une chiffonnière, c'est une bonne et belle bourgeoise !

De la part de femmes habitant la province ou l'étranger, la réussite ne m'a été connue que deux, trois, quatre ans après, quelquefois par hasard, malgré toutes mes recommandations de me donner, au moins, un simple avertissement.

Heureusement toutes les femmes ne sont pas ainsi, mais il est déjà assez étrange qu'on en rencontre un certain nombre.

Quant au *mode* de dilatation, la *dilatation latérale ou circulaire*, il est indifférent dans les cas de *dysménorrhée*. Au contraire la *dilatation latérale* paraît préférable contre la *stérilité*. On en verra les raisons tout à l'heure.

Voici une autre observation qu'on me permettra de soumettre aux gynécologistes. Je me trompe peut-être, mais je la crois peu connue. Il ne faut pas se hâter de proposer la dilatation chez les femmes dont l'orifice *externe* est étroit, quand cet orifice se trouve placé au fond de la cupule qu'on observe quelquefois. Des conseils donnés d'après l'étude de la direction de l'orifice, par rapport au vagin, suffiront souvent pour

atteindre le but dans ce cas. Cette petite excavation est très favorablement disposée pour retenir une faible quantité de liquide spermatique, plus que suffisante pour amener la fécondation. Ces conseils doivent tendre à assurer les rapports entre le méat de l'homme et l'orifice utérin. Quel que soit le degré d'étroitesse dans ce cas, on peut réussir sans aucune opération, en obtenant des époux qu'ils s'astreignent aux prescriptions du médecin sous le double rapport du temps et du mode des rapprochements.

Mais quand l'orifice étroit forme la pointe saillante d'un col conique la stérilité est la règle, qui, comme toutes les lois, comporte des exceptions, on le comprend facilement, mais elles sont très rares, si j'en juge sur ce que j'ai pu voir, et sur l'opinion universellement répandue, concernant les cols dits en toupie, chez les femmes grasses surtout.

La *dilatation*, comme nous allons la décrire tout à l'heure, détruit cette disposition, et cette opération est autrement moins dangereuse que l'ablation de l'extrémité du col qui a été proposée et pratiquée pour remédier à ce vice de conformation.

Quand on est décidé à pratiquer la dilatation, il faut d'abord choisir un dilatateur approprié à l'élargissement graduel des deux orifices ou de l'orifice *externe* seulement.

Pour la dilatation des deux orifices, il faut employer un dilatateur à branches parallèles et tel que le modèle ci-contre. (Voir fig. 1.)

Après avoir placé la femme sur le fauteuil ou en travers sur un lit, on applique un spéculum plein ou trivalve, on met l'orifice en vue et l'on introduit, avec la plus extrême douceur, le dilatateur chauffé, graissé et fermé. La première séance ne doit pas durer plus de deux à trois minutes, on ouvre le dilatateur de un à deux millimètres seulement, on le laisse en place, et avant de le retirer on en rapproche les branches, mais avec le soin de ne jamais les serrer fortement l'une contre l'autre, pour ne pas s'exposer à pincer une portion de muqueuse.

S'il s'agit de la *dilatation* des deux orifices, il est bon de se

servir d'un dilatateur gradué, pour apprécier le degré d'introduction de l'instrument.

Si l'on dilate seulement l'orifice *externe*, cette précaution est inutile, un centimètre et demi à deux suffisent amplement et l'on peut se servir d'un dilatateur à branches croisées. (Figure 2.)

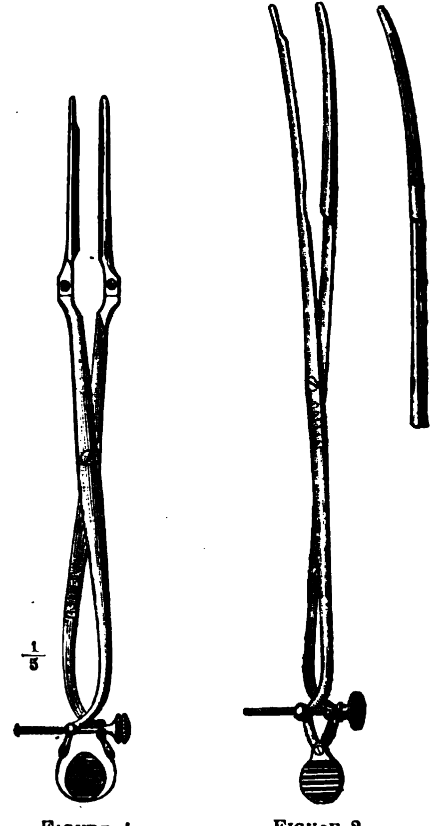


FIGURE 1. FIGURE 2.

Après cette petite opération, la femme évitera toute fatigue, le coït sera sévèrement interdit jusqu'à la dilatation complète.

On veillera à la liberté des fonctions intestinales et, selon

l'état de congestion du museau de tanche, on éloignera ou rapprochera les dilatations jusqu'à ce qu'on soit parvenu à créer une *fente transversale* de un à deux centimètres, selon la résistance différente des cols.

J'attache, pour ma part, une certaine importance, dans les cas de *stérilité*, à une dilatation *transversale*. L'orifice prend alors la forme qu'on lui trouve chez les multipares et l'on crée, pour ainsi dire, deux véritables lèvres, une antérieure ou supérieure, l'autre postérieure ou inférieure, disposition très favorable à la rétention d'une petite quantité de liqueur séminale.

Dans la *dysménorrhée*, cette dernière considération n'est d'aucune valeur et il est indifférent d'employer un dilatateur quelconque, pourvu que les branches en soient parallèles. Voilà pour le *mode*.

On a pressenti que la dilatation définitive obtenue ne persistera pas longtemps au même degré, cela est vrai, et pourtant, quand l'élargissement de l'orifice *externe* a été porté aussi loin que possible, *sans danger, sans hémorrhagie* et *sans déchirure*, l'orifice ne revient jamais au degré d'étroitesse qu'il présentait avant l'opération. Pour l'orifice *externe*, au moins, le fait est facile à vérifier.

Dans le traitement de la *stérilité*, puisque la richesse masculine a dû être constatée avant toute opération, il convient donc de donner au mari toutes les indications de nature à le faire profiter promptement des chances qui lui sont données et à ne point tarder à s'engager dans les voies qu'on lui a ouvertes.

Est-il besoin de dire que si, dans le cours de l'opération, le col se congestionnait, quelques douleurs hypogastriques se faisaient sentir, on arrêterait aussitôt la dilatation, la malade serait mise à un repos horizontal absolu, des injections tièdes et émollientes seraient prescrites, voire même des cataplasmes sur l'hypogastre.

J'affirme n'avoir jamais observé ces accidents avec la dilatation graduée, mais certaines femmes sont tellement imprudentes et les hommes le plus souvent si impatients et si ignorants, que malgré nos prescriptions les plus sévères il est

permis de prévoir quelques écarts conjugaux possibles, avant le moment où le médecin peut, sans danger, consentir à lâcher le mari.

Enfin une dernière remarque me paraît mériter une mention spéciale. Elle intéresse le médecin autant que les malades.

Lorsqu'un jeune ménage reste plusieurs années sans enfants, la tendance générale de la famille et du mari est d'accuser la femme de l'absence de progéniture.

Sans doute, l'accusation est dans beaucoup de cas justifiée, mais quand un examen attentif ne révèle rien dans l'appareil génital féminin, on trouve, beaucoup plus souvent qu'on ne l'admet généralement, la cause de la stérilité dans l'infécondité du mari, quelle que soit l'excellence du certificat délivré par la femme elle-même.

Il faut, dans ces cas, apporter une extrême réserve, une grande circonspection dans le pronostic et ne jamais être résolûment affirmatif; d'abord parce que la plupart des hommes sont profondément humiliés et malheureux par cette révélation inattendue; puis, parce que le médecin ne connaissant pas l'intérieur des familles dont les membres le consultent, il se pourrait que, malgré son diagnostic irréprochable, la jeune femme présentât plus tard quelque grossesse *collatérale*.

Dans ce cas le mari se trouverait plus malheureux encore, à moins qu'il ne préférât (et il le préférerait) considérer le médecin comme un pur ignorant et un parfait imbécile, jugement dont la grossesse serait, contre l'imprudent confrère, une confirmation sans appel possible. A un homme qui vous reprocherait de lui avoir prédit qu'il n'aurait jamais d'enfant, on ne peut pas décemment répondre : *Je n'ai pas parlé de Madame!*

Les conclusions de cette étude seront donc celles-ci :

De même que tous les obstacles à l'écoulement facile du sang menstruel, l'étroitesse des orifices du col peut être une des causes de la dysménorrhée, mais non une cause fatale.

Quand le médecin a des raisons de croire à cette cause, il est indispensable d'élargir les deux orifices.

L'agrandissement des orifices utérins par l'instrument tranchant expose la femme à des suites graves et même à la mort.

Les mèches, tentes, corps dilatants à demeure, entraînent aussi parfois des accidents très sérieux.

La dilatation par les dilatateurs gradués, maniés avec prudence et agissant seulement pendant quelques minutes à chaque séance, sont, jusqu'à preuve contraire, absolument inoffensifs.

L'orifice *externe*, seul, a besoin d'être dilaté, pour combattre la stérilité liée à l'étroitesse.

Pour ce dernier cas, l'action dilatatrice exercée *transversalement* paraît créer des conditions plus favorables à la fécondation que la dilatation circulaire.

Prof. PAJOT.

RECHERCHES

SUR LE RHYTHME DE LA RESPIRATION

PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

Par **M. Paul Bar**, interne du service.

Malgré les travaux importants qui ont été publiés sur les modifications que subit l'appareil de la respiration pendant la grossesse, il faut avouer que nous sommes encore loin de connaître la vérité. C'est, qu'en effet, depuis ces dernières années, le problème s'est trouvé singulièrement élargi, et aujourd'hui on ne peut arriver à une conclusion vraiment scientifique, sans avoir au préalable soulevé et résolu un grand nombre de questions subsidiaires, mais d'importance considérable, qui, toutes, sont encore à l'étude.

En effet, loin de se borner à répéter des expériences de spirométrie dont les résultats, vu les procédés employés jusqu'à

ce jour, sont d'ores et déjà contestables, loin de se contenter d'analyser l'air inspiré et expiré par une femme enceinte, le physiologiste devra examiner successivement les points suivants :

1° Il devra chercher quelle est la quantité d'air qui, dans un temps donné, circule dans l'appareil circulatoire, et pour cela il s'adressera à deux méthodes :

Tout d'abord il devra étudier les mouvements imprimés à la cage thoracique par les muscles inspirateurs et expirateurs, c'est-à-dire le rhythme de la respiration. Puis, ayant notion des forces mises en jeu pour appeler l'air dans le thorax et pour le rejeter ensuite en dehors, il pourra utilement constater directement les quantités d'air qui, à chaque inspiration, pénètrent dans les poumons.

2° Il devra étudier les phénomènes chimiques de la respiration, et pour cela préciser tout d'abord la capacité respiratoire du sang (numération des globules, dosage de l'hémoglobine et des gaz du sang) ; déterminer le rapport qui existe entre elle et la circulation aérienne. Il ne pourrait sous peine d'erreur se contenter de juger de l'état des combustions, d'après la seule connaissance des quantités d'acide carbonique expiré en un temps donné (exp. d'Andral et Gavarret) ; il devra tenir grand compte de tous les produits comburés (urée, acide carbonique, leucine, tyrosine, etc.) quelles que soient leurs voies d'excrétion. On voit combien est complexe le problème et qu'il est encore loin d'être résolu.

Nous avons, dans le service de notre maître M. Tarnier, étudié quelques-uns des points que nous venons de signaler plus haut. Nous voulons seulement signaler ici les résultats des expériences de pneumographie que nous avons pu faire.

Du rhythme de la respiration pendant la grossesse.

La plupart des accoucheurs pensent que pendant les derniers mois de la grossesse le diaphragme s'abaisse avec plus de diffi-

culté à cause du volume considérable de l'utérus. Les femmes respirent alors, suivant le type costal supérieur. Ils pensent que les entraves apportées à l'action du diaphragme sont la cause des accès de dyspnée dont si souvent sont atteintes les femmes pendant les derniers temps de leur grossesse, si elles viennent à se livrer à quelque effort, à une marche rapide, par exemple.

Dans sa remarquable thèse inaugurale M. Regnard a étudié, à l'aide de la méthode graphique, les mouvements d'ampliation du thorax et d'abaissement du diaphragme chez des femmes enceintes de neuf mois et sur le point d'accoucher; il a remarqué que chez elles le diaphragme s'abaisse très librement et que ces femmes respirent suivant le mode abdominal.

Nous avons repris ces expériences, en nous servant du pneumographe de Marey modifié par Bert. On sait que cet instrument est formé d'un cylindre métallique dont chaque extrémité est fermée par une feuille de caoutchouc très mince, sur le milieu de laquelle est fixé un crochet. Sur la partie moyenne du cylindre est adapté un tube qui fait communiquer l'intérieur du pneumographe avec un tambour enregistreur de Marey. Ce cylindre est fixé en travers sur le sternum.

Si nous entourons le thorax avec un lacs et si nous fixons chaque extrémité de ce dernier aux crochets placés sur le milieu de nos lames de caoutchouc, on conçoit qu'à chaque inspiration, par suite de l'ampliation du thorax, le lacs inextensible tendra les deux lames de caoutchouc; l'air se raréfiera dans l'appareil et l'aiguille du tambour enregistreur fera une oscillation; chaque ligne de descente représentant une inspiration, chaque trait ascendant une expiration.

Si nous expérimentons avec deux pneumographes, dont l'un est placé au niveau du thorax, l'autre sur les parois de l'abdomen, il est évident que nous enregistrerons simultanément les mouvements de ces dernières parois et ceux imprimés à la cage thoracique par les muscles inspirateurs.

Pour étudier isolément l'abaissement du diaphragme, nous nous sommes, dans certains cas, servi d'un simple tambour appliqué sur la paroi abdominale, on a ainsi un appareil très

sensible. Dans le tracé obtenu, les lignes ascensionnelles représentent les inspirations. Nous aurons soin pour faciliter l'intelligence de chaque figure de dire le procédé dont nous nous sommes servi.

A l'aide de ces instruments nous avons pu voir que l'opinion de M. Régnard est vraie.

Chaque fois que nous avons étudié le type de la respiration chez une femme enceinte *non malade*, dont le thorax était bien conformé, qu'elle fût primipare ou multipare, nous avons toujours vu que le soulèvement de l'abdomen pendant l'inspiration n'était pas moindre chez elle que chez une femme non enceinte.

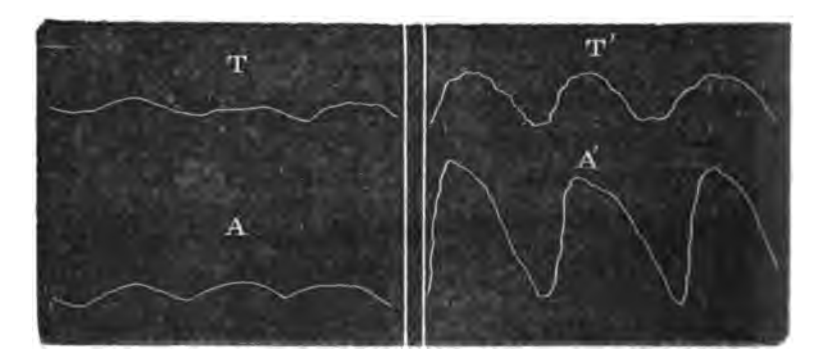


FIGURE I. — Rhythme de la respiration chez une femme de 24 ans, non enceinte.

T, ampliation thoracique. — A, soulèvement de l'abdomen à l'état de repos.
T', thorax. — A', abdomen pendant que la malade respire avec force.

Or, ce soulèvement ne peut être produit que par l'abaissement du diaphragme, car les mucles abdominaux ont une action contraire, puisque par leur contraction ils refoulent en arrière la paroi de l'abdomen.

Le tracé n° I *bis* représente le type que nous avons rencontré le plus souvent lorsque nous expérimentions sur une femme couchée depuis plusieurs heures et dont l'abdomen était libre de tout lien. Ainsi qu'on le voit, les oscillations représentant les contractions du diaphragme sont plus amples que celles

qui indiquent l'ampliation de la partie supérieure du thorax. Si nous enregistrons les mouvements respiratoires chez la même femme après lui avoir fait descendre et monter deux fois de suite un étage (tracé I *bis*), nous voyons que les oscillations sont toutes beaucoup plus grandes, mais qu'ici encore la contraction du diaphragme est très considérable et que la différence entre elle et l'ampliation thoracique, qui pendant le repos était peu accentuée, devient ici très marquée.

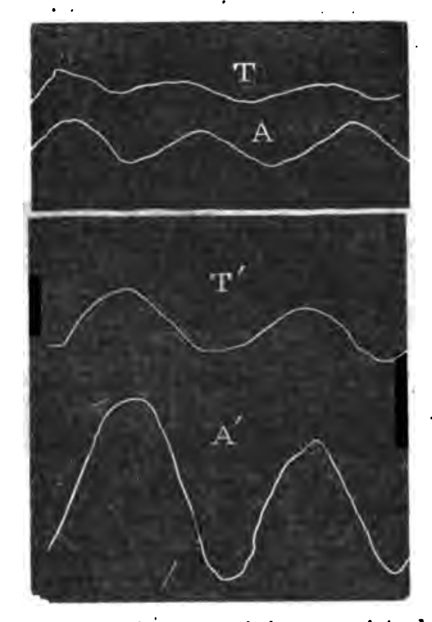


Fig. I *bis*. — Femme de 22 ans primipare, enceinte de 9 mois.

T, ampliation du thorax. — A, soulèvement de la paroi abdominale à l'état de repos. — T', thorax. — A', abdomen pendant la respiration profonde.

Nous aurions pu multiplier les exemples, mais les deux tracés précédents, que nous avons pris comme types, suffisent pour démontrer que c'est surtout grâce à la contraction du diaphragme que se fait l'inspiration chez la femme enceinte. Lorsque l'utérus est normalement distendu, son volume n'est pas assez considérable pour expliquer les accès de dyspnée dont

sont si fréquemment atteintes les femmes pendant la dernière période de la grossesse. Il faut plutôt placer au premier rang, comme cause de cette dyspnée, les modifications qu'a subies le sang. Pendant ces accès de suffocation on voit les femmes utiliser tous leurs muscles respirateurs (muscles du cou, pectoraux, diaphragme); mais c'est toujours ce dernier qui agit le plus énergiquement, et le tracé que l'on obtient est semblable à celui que l'on recueillerait chez une femme non enceinte et atteinte de dyspnée après un effort violent (voy. fig. I).

Dans certains cas cependant nous avons vu que les malades à l'état de repos respiraient suivant le type costal supérieur, mais toujours nous nous trouvions en face de cas pathologiques qui nous semblaient justifier cette anomalie.

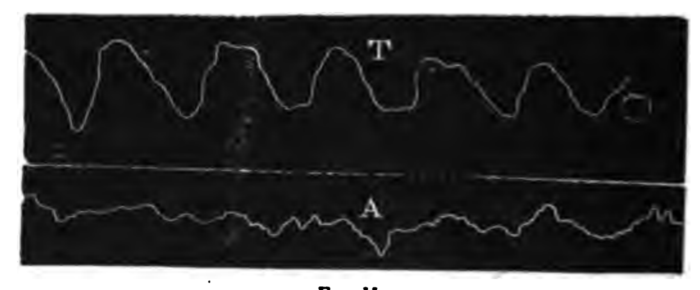


Fig. II.
T, soulèvement de la paroi abdominale. — A, ampliation thoracique.

Ainsi, dans un premier cas, il s'agissait d'une femme de 22 ans, secondipare, tuberculeuse et ayant de l'adénopathie trachéo-bronchique. Elle avait de plus de la pleurésie sèche, limitée à la base de la plèvre du côté droit. Chez cette femme (voy. fig. II), le diaphragme se contractait à peine et l'inspiration s'effectuait presque complètement par la contraction des autres muscles inspirateurs.

Il nous semble naturel d'accuser ici l'état de la plèvre diaphragmatique et non pas l'augmentation du volume de l'utérus.

Dans un autre cas (tracé III), il s'agissait d'une primipare, ancienne écuyère, qui était atteinte d'un anévryme de la

crosse de l'aorte et d'une péricardite sèche étendue. Chez elle le moindre effort provoquait une dypsnée intense et une vive douleur précordiale.

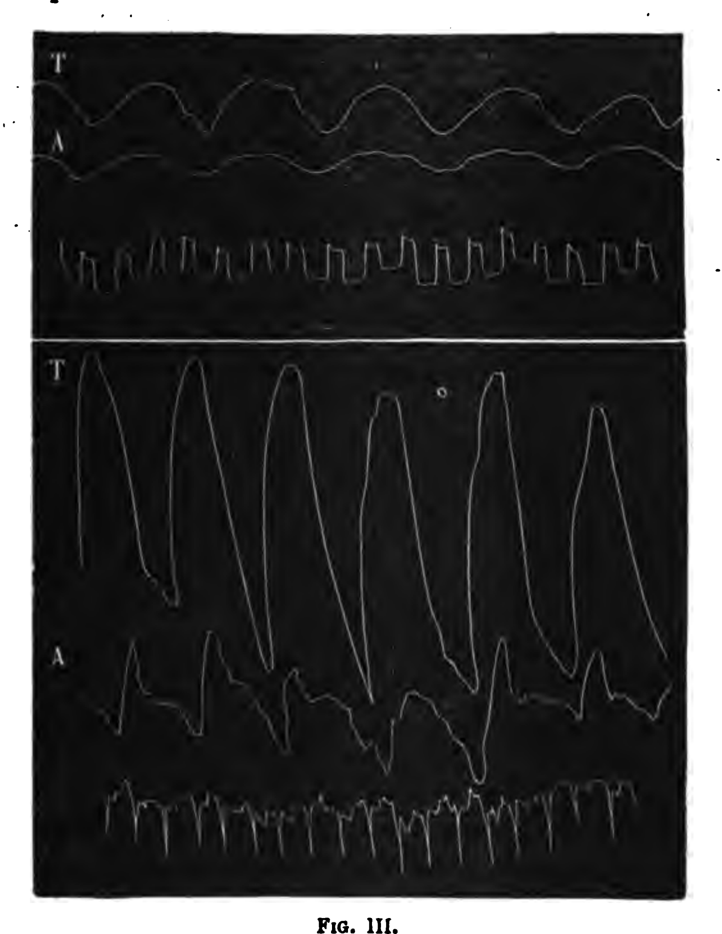


FIG. III.
T, ampliation thoracique. — A, soulèvement de la paroi abdominale.
La troisième ligne représente les battements du cœur.

Dans le premier tracé la première ligne représente l'ampliation de la partie supérieure du thorax; la seconde, l'abaissement du diaphragme ; la troisième, les battements du cœur.

La malade venait de se réveiller.

On voit que l'abaissement du diaphragme est ici peu marqué.

Nous avons pris le deuxième tracé après avoir fait descendre et monter quelques marches à notre malade et on peut voir sur le tracé un beau type de respiration suivant le type costal supérieur. Ici encore il nous a semblé que l'état du péricarde était la cause de l'anomalie.

En résumé, quand l'utérus a un volume normal, si la femme est bien portante, le diaphragme est le muscle qui se contracte le plus; et même, lorsque les malades respirent vite et avec force, c'est encore ce muscle qui est le principal facteur de l'inspiration.

Mais si l'utérus a pris un développement anormal, comme par exemple dans le cas d'hydramnios, de grossesse gémellaire, il peut constituer un obstacle à l'action du diaphragme.



Fig. IV.

B, abdomen. — T, thorax. — S, contraction des muscles scalènes.

Nous avons recueilli le tracé IV chez une femme primipare, rachitique, atteinte d'une scoliose extrêmement marquée. Cette

malade même à l'état de repos ne respirait guère que par les muscles respirateurs du cou (scalènes S), et par les pectoraux, le diaphragme s'abaissait peu. Chez cette malade l'utérus était développé normalement ; mais les déformations de la colonne vertébrale, en rétrécissant la cavité abdominale, rendaient, pour ainsi dire, le contenant trop petit pour le contenu, bien que la paroi antérieure de l'abdomen fût très distendue ; aussi le diaphragme se contractait avec difficulté.

Du rhythme de la respiration pendant l'accouchement.

Pendant l'accouchement, nous avons étudié les mouvements respiratoires pendant les deux périodes de dilatation et d'expulsion.

Pendant la période de *dilatation* nous avons quelquefois observé, tout à fait au début, surtout chez les primipares, un rhythme particulier de la respiration. La femme respire tout d'abord librement; si à l'aide de la méthode graphique on étudie les mouvements imprimés à la cage thoracique et à la paroi abdominale par les muscles inspirateurs, on voit que le diaphragme est, de tous ces organes, celui qui agit le plus. Si une contraction utérine se produit, la malade s'agite et respire pendant toute sa durée avec une très grande rapidité. Elle éprouve une véritable dyspnée, aussi met-elle en jeu tous ses muscles respirateurs. Après cette période dyspnéique, on voit la malade rester quelques instants, parfois trente secondes, sans respirer ; le diaphragme étant relâché.

La respiration reprend ensuite régulièrement, d'abord suspirieuse, puis les mouvements acquièrent une amplitude de plus en plus grande.

Le premier des deux tracés de la figure V est un exemple de ce fait. On voit au début des mouvements respiratoires très fréquents pendant que la malade a une douleur, celle-ci disparaît, le diaphragme s'abaisse et se relève brusquement et la malade oublie de respirer. On remarquera, en outre, que le diaphragme

est en état d'expiration, car dans ce tracé, ainsi que cela est dit dans la légende, le point le plus inférieur de chaque courbe représente l'expiration et le plus élevé l'inspiration.

Dans le cas particulier que nous avons reproduit nous avons, pendant la pause respiratoire, dit à la malade de respirer, aussi a-t-elle fait trois grandes inspirations, puis la respiration est devenue suspirieuse.

Le rhythme de la respiration que nous venons de décrire et qui est figuré dans ce tracé peut être rapproché de celui qui est décrit sous le nom de phénomène de Cheyne-Stokes.

En effet, il y a tout d'abord une période de dyspnée à la suite de laquelle survient une pause respiratoire, puis la respiration redevient régulière.

Pour ne pas dépasser les limites que nous nous sommes imposées dans cette étude, nous signalons ce fait sans essayer de l'expliquer ; disons seulement que l'on pourrait rapprocher la plus grande fréquence des mouvements respiratoires pendant la contraction utérine, de l'accélération des battements du cœur qui se produit au même moment. Il est bien probable que cette double modification n'est qu'un phénomène réflexe, lié intimement au phénomène douleur et dû à l'excitation des nerfs de l'utérus.

Quant à la période d'apnée que nous avons signalée, elle n'est qu'un épiphénomène dont l'apparition est déterminée par la suroxygénation du sang.

Le deuxième tracé qui se trouve dans la figure V représente l'état de la respiration à un moment plus avancé de la période de dilatation. Ici la malade commence à pousser, et à ce moment, non seulement les mouvements du diaphragme sont très fréquents, mais encore si l'on considère la direction générale de la ligne, on voit qu'elle forme une courbe. Le diaphragme s'abaisse fortement (partie ascendante du tracé), mais non d'une manière régulière, car il exécute en même temps un grand nombre de petites inspirations.

Pendant la période d'expulsion, le tracé obtenu au moment de la contraction utérine est analogue au précédent, seulement

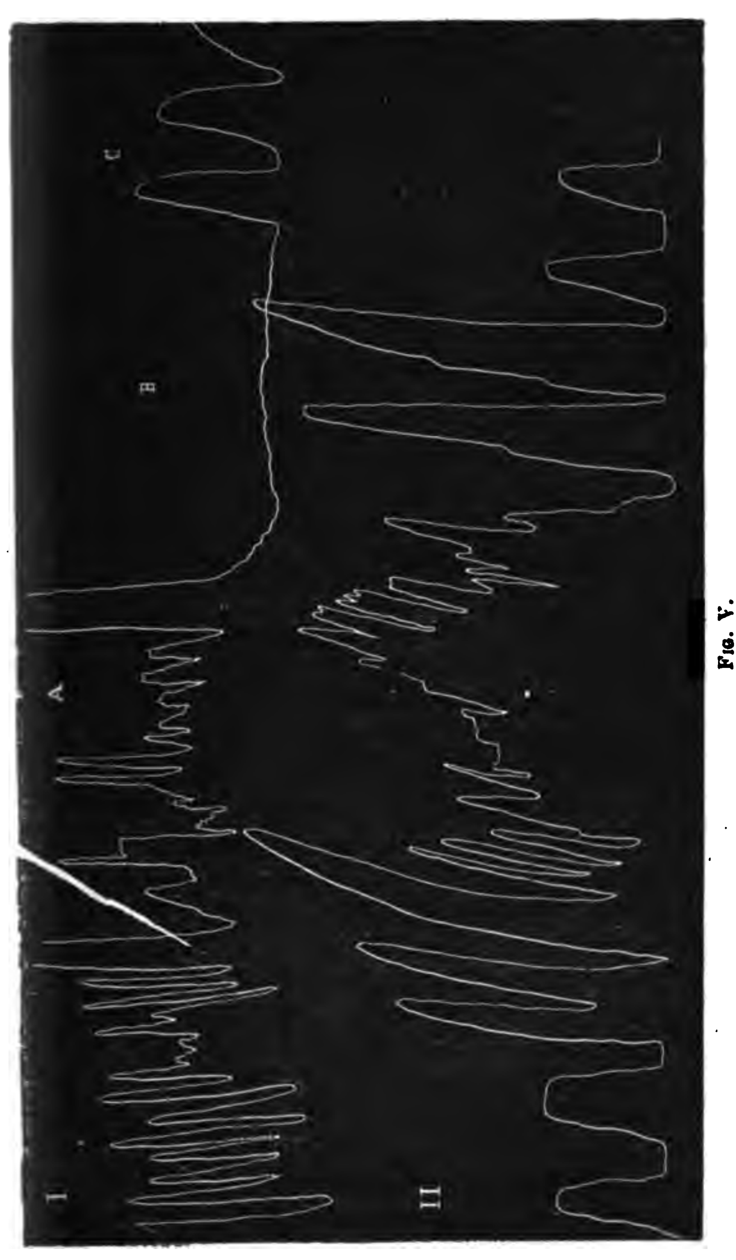


Fig. V.

I. Respiration pendant une douleur.— A, douleur, la respiration est active. —B, pause respiratoire. — C, la respiration reprend.— II. — Respiration pendant une douleur avec effort. — Dans ces tracés, recueillis à l'aide d'un explorateur musculaire placé sur la paroi abdominale, les lignes ascensionnelles représentent les inspirations : les lignes de descente désignent les expirations.

le diaphragme s'abaisse, reste longtemps contracté, puis se relâche d'une manière continue et régulière.

Entre les contractions utérines la respiration est très profonde et le diaphragme est le muscle qui agit le plus.

Quand la partie fœtale qui s'est présentée la première au détroit supérieur va franchir l'orifice vaginal, on peut retrouver pendant les douleurs si pénibles qu'éprouvent les femmes, notamment les primipares, le rhythme de la respiration que nous avons reproduit figure V, tracé 2.

Le rhythme de la respiration peut être modifié par les différentes affections inflammatoires qui ont leur siège dans le thorax ou l'abdomen, mais ces variations ne présentent rien de particulier chez la femme enceinte : nous n'y insisterons pas. Cependant, nous croyons devoir dire quelques mots des troubles apportés aux phénomènes mécaniques de la respiration par l'éclampsie.

Ici la méthode graphique vient à l'aide des investigations cliniques en permettant de figurer sur un tracé les symptômes fugaces et elle facilite l'interprétation qu'on en peut tirer.

Du rhythme de la respiration pendant l'éclampsie.

Nous avons dans ce journal (15 août 1880) publié une observation dans laquelle nous avons pu étudier graphiquement les convulsions musculaires pendant une attaque d'éclampsie. Or, les muscles respirateurs sont atteints au même titre que les autres muscles de la vie de relation. La methode graphique va nous donner à ce sujet des renseignements d'une grande évidence. Rappelons tout d'abord qu'elle montre, ainsi que l'observation clinique l'avait déjà prouvé, que l'attaque d'éclampsie est analogue, presque identique, du moins dans les deux dernières périodes de l'accès, à la période épileptoïde de l'attaque hystéro-épileptique. Il est facile de s'en convaincre en comparant le tracé figure VI à ceux qui se trouvent dans la thèse de M. Richer et qui concernent l'attaque d'hystéro-épilepsie.

On peut, on le sait, distinguer à l'attaque d'éclampsie comme à l'attaque d'hystéro-épilepsie trois périodes : une de début, une clonique, une tonique. Ces trois phases étant suivies de coma.

Les troubles de la respiration dans l'attaque d'hystéro-épilepsie ont été bien étudiés à la Salpêtrière par MM. Regnard et Paul Richer. Les résultats de leurs recherches ont été consignés dans la thèse de ce dernier et dans un mémoire que ces deux auteurs ont inséré dans la *Revue mensuelle* de médecine et de chirurgie .

D'abord la respiration est régulière, puis tout à coup l'attaque commence ; au même instant, il y a dissociation entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen. La phase tonique est entrecoupée par quelques grandes inspirations : puis la phase clonique débute, on sait combien sont rapides et irréguliers les mouvements enregistrés.

Nous avons fait la même étude pour l'attaque d'éclampsie. Voici les résultats de nos recherches.

Période d'invasion. — Le début de l'attaque d'éclampsie diffère assez notablement de celui de l'attaque d'épilepsie et de la période d'invasion de la phase épileptoïde de la grande attaque hystérique. En effet, dans celles-ci il est très brusque et du même coup les mouvements convulsifs apparaissent dans tout le corps. Il n'en est pas de même dans l'attaque d'éclampsie : dès le début les mouvements convulsifs se produisent seulement à la face, il y a du clignotement, etc., puis l'attaque va se généralisant de plus en plus ; les muscles des membres supérieurs après quelques secousses irrégulières restent en état de contraction tonique (voyez tracé n° VI). A ce moment les muscles respirateurs qui s'insèrent sur les côtes supérieures sont atteints de convulsions.

Le tracé n° VII que nous avons recueilli sur une primipare de 22 ans, albuminurique, et qui a eu plus de 20 attaques en 36 heures, nous montre les modifications des mouvements respiratoires qui vont en résulter.

La ligne supérieure T représente les indications qui sont données par un pneumographe appliqué sur la pièce supé-

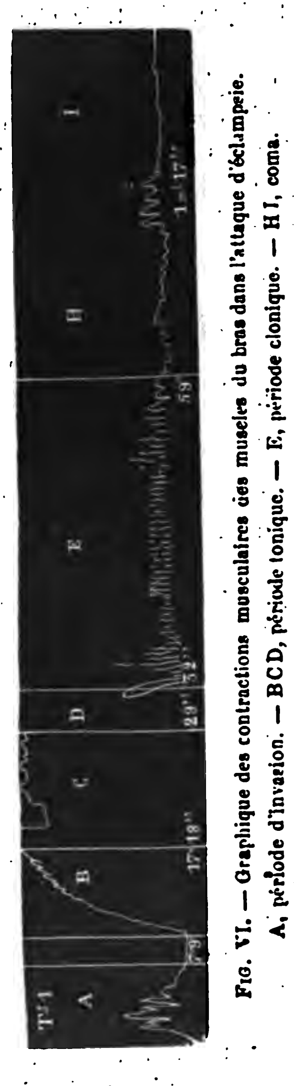


Fig. VI. — Graphique des contractions musculaires des muscles du bras dans l'attaque d'éclampsie.
A, période d'invasion. — B C D, période tonique. — E, période clonique. — H I, coma.

rieure du sternum. Ainsi qu'on peut le remarquer, le tracé obtenu est très irrégulier ; il présente un grand nombre de pe-

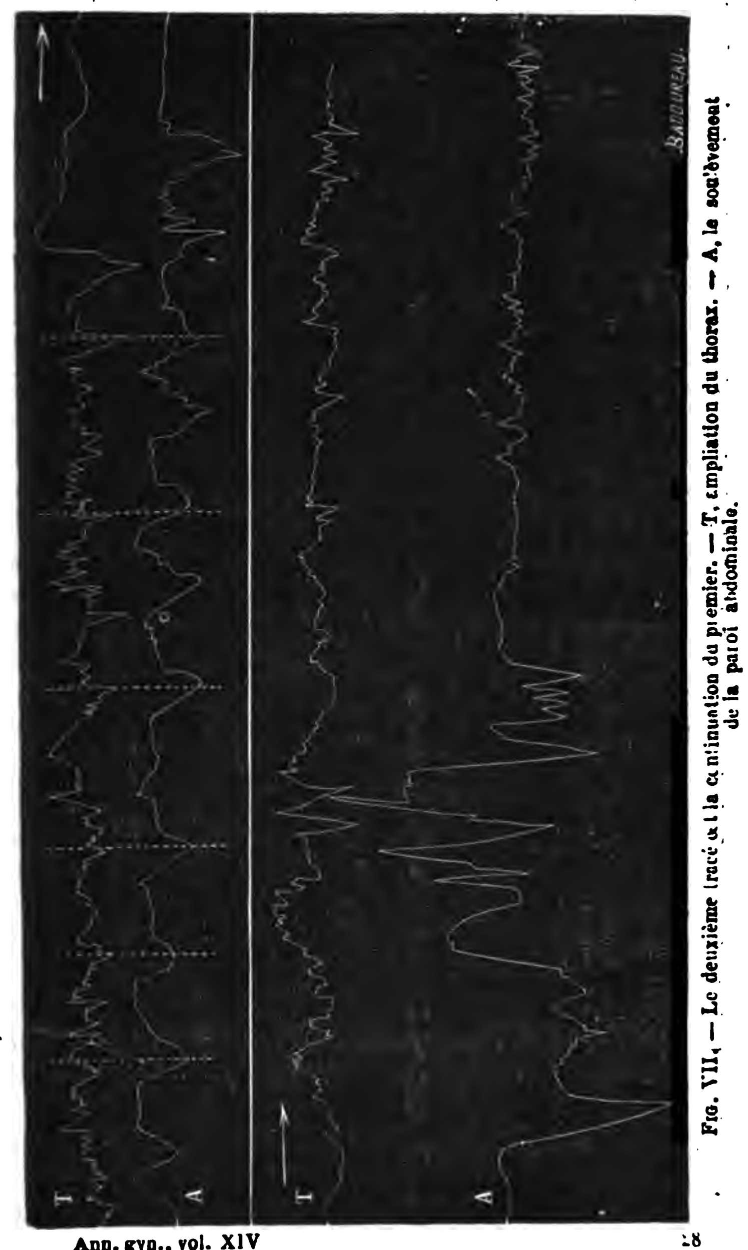


FIG. VII. — Le deuxième tracé est la continuation du premier. — T, ampliation du thorax. — A, le soulèvement de la paroi abdominale.

tites oscillations, qui sont dues aux secousses rapides et légères qui agitent les muscles pectoraux en état de contraction tonique.

Ce sont ces muscles et ceux du cou qui agissent surtout quand la femme respire suivant le mode costal supérieur. Ces muscles étant en contraction permanente, le thorax devrait être immobilisé et cependant on peut voir que la ligne T présente une série de courbes qui prouvent que le thorax est encore soulevé. On remarque, en outre, que chacune de ces oscillations est isochrone au soulèvement situé sur la ligne A qui représente les indications fournies par le pneumographe appliqué sur l'abdomen. En effet, le diaphragme se contracte librement ; en s'abaissant, il soulève la paroi abdominale encore passive, et dans sa contraction il relève légèrement les côtes. Pendant 11 inspirations c'est grâce à ce muscle seul que se fait la respiration qui reste régulière. Cependant la période d'invasion continue ; les muscles de la paroi abdominale, jusqu'alors indemnes, vont être atteints et entraver par leurs contractions l'action du diaphragme, c'est-à-dire l'action du seul muscle qui permettait encore à la malade de respirer.

Pendant quelques instants le thorax est complètement immobile ainsi que la paroi abdominale. Le diaphragme est en état d'expiration ; puis ce muscle fait une inspiration profonde après laquelle le pneumographe appliqué sur la région ombilicale enregistre des secousses rapides et de grande amplitude. A ce moment, pendant que le thorax est en état d'inspiration, la paroi abdominale cessant d'être soulevée, est fortement retractée, il y a dissociation entre les mouvements du thorax et ceux de l'abdomen. Ce sont donc les muscles de la paroi abdominale qui sont agités de contractions irrégulières. Après ces quelques mouvements, l'enregistreur montre que les parois thoracique et abdominale sont immobilisées ; le diaphragme ne s'abaisse plus. La période d'invasion est terminée ; la période tonique va débuter.

Ce tracé, ainsi qu'on le voit, indique bien la marche de l'attaque d'éclampsie.

Dans cette affection, la période tonique existe déjà pour les

muscles des membres supérieurs et ceux de la face, quand ceux de la paroi abdominale sont encore indemnes. Or, on doit réserver le nom de phénomènes d'invasion aux mouvements irréguliers qui agitent les muscles avant l'apparition de la convulsion tonique.

Cette définition est la seule vraie, si on reste sur le terrain physiologique. Au point de vue clinique, pour l'attaque d'épilepsie qui débute brusquement et qui du premier coup est généralisée, il est possible de désigner sous le nom de période d'invasion le court espace de temps pendant lequel les muscles, avant d'être en contraction tonique, sont agités de convulsions irrégulières ; mais pour l'attaque d'éclampsie il y aurait pour ainsi dire autant de périodes d'invasion que de muscles, car ces organes sont atteints successivement, les premiers pris étant ceux de la face. Il serait donc bon de ne faire terminer la période d'invasion qu'au moment où tous les muscles du corps sont en état de convulsion tonique; cependant nous pensons que l'état du diaphragme dominant la situation, il serait préférable, cliniquement, de ne faire commencer la deuxième période qu'au moment précis où les muscles de la paroi abdominale entrant en convulsion tonique, les troubles apportés aux mouvements respiratoires sont à leur apogée.

Le tracé n° VIII que nous avons recueilli chez une autre éclamptique, également albuminurique, représente les mouvements enregistrés par un pneumographe placé sur l'abdomen. Pendant la période d'invasion, il y a d'abord une *inspiration* brusque et une *expiration* lente, puis une seconde inspiration très profonde à la suite de laquelle les muscles de la paroi abdominale qui sont expirateurs entrant en convulsions irrégulières, l'appareil enregistre plusieurs grands mouvements d'expiration, après lesquels la période tonique commence.

Période tonique. — Pendant la période tonique il peut se faire que le diaphragme cesse d'agir. C'est cet état d'apnée que nous trouvons enregistré dans le tracé n° VII. Dans ce cas, en effet, le thorax et l'abdomen sont immobilisés. Lorsque la mort

arrive pendant l'attaque d'éclampsie, c'est sans aucun doute à des faits de cet ordre que l'on a affaire.

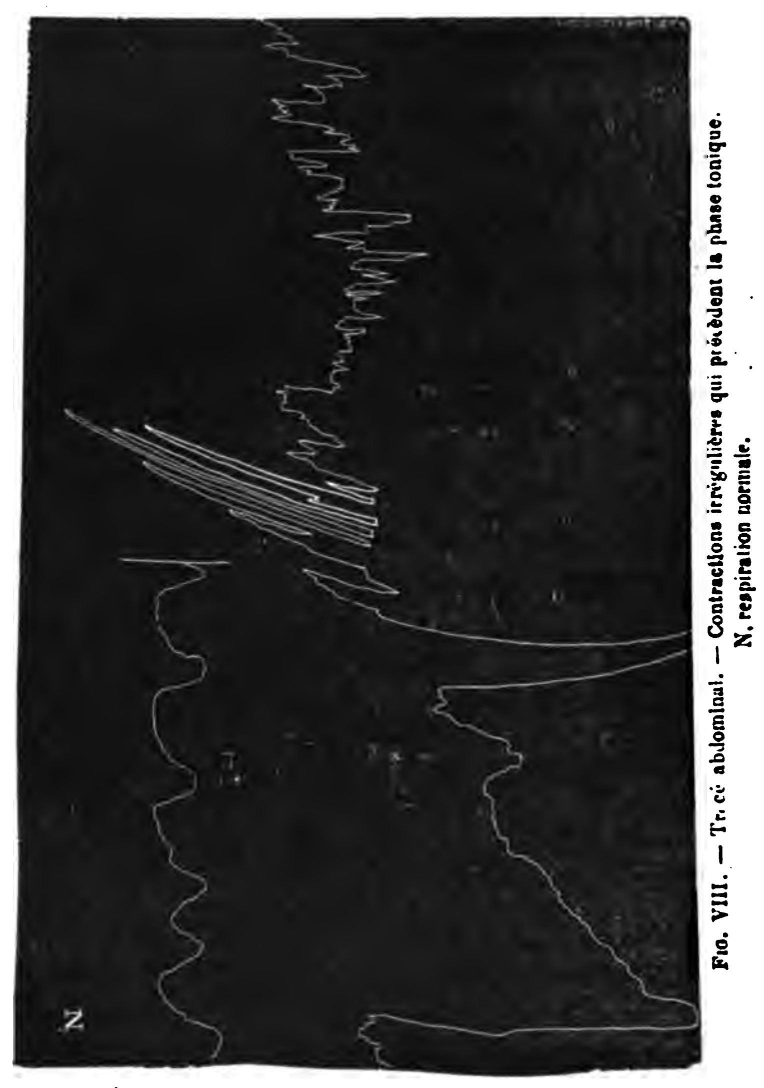


Fig. VIII. — Tracé abdominal. — Contractions irrégulières qui précèdent la phase tonique.
N, respiration normale.

Mais parfois le diaphragme parvient à vaincre les obstacles qui lui sont imposés par les convulsions toniques des muscles

de la paroi abdominale, ainsi qu'on le voit dans le tracé n° VIII.

Ici on peut reconnaître des oscillations à grande amplitude qui nous montrent que la paroi abdominale agitée de petites secousses est soulevée en masse par le diaphragme. Dans ces cas moins graves la respiration, quoique très gênée, continue à s'effectuer.

Période clonique. — Pendant la période tonique, ainsi que nous venons de le voir, le corps paraît immobilisé, cependant les muscles ne cessent d'être agités par des contractions très fréquentes mais à très petite amplitude. Subitement ces mouvements convulsifs tout en restant aussi rapprochés deviennent beaucoup plus amples. Les membres, le tronc, les muscles de la face sont agités par des mouvements dont la figure IX, empruntée à la thèse de M. Richer, donne une bonne idée.

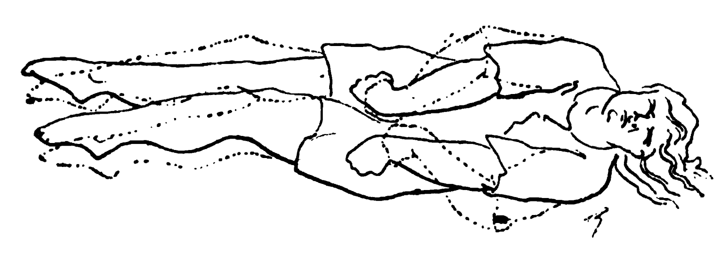


Fig. IX.

La période clonique a commencé ; pendant cette période, la paroi abdominale présente une série de secousses très intenses ainsi que le montre le tracé n° X.

On y voit la terminaison de la période tonique et le début brusque de la période clonique.

Cette dernière période étant fort longue dans l'accès que nous avons observé, nous en avons supprimé toute une partie. Enfin les convulsions, tout en restant aussi intenses, s'espacent de plus en plus.

On voit que la malade est agitée par de grandes secousses dont

chacune s'accompagne d'une forte expiration. Entre elles se trouvent quelques mouvemens respiratoires. Cependant gra-



Fig. X. — Respiration dans l'attaque d'éclampsie. — Abdomen, fin de la période tonique. — Période clonique.

duellement ces secousses deviennent moins grandes, la malade tombe dans le coma (fig. 12).



Fig. XI. — Mouvements du diaphragme pendant les grandes secousses de l'attaque d'éclampsie.

La respiration devient stertoreuse et le pneumographe donne le tracé n° XIII.

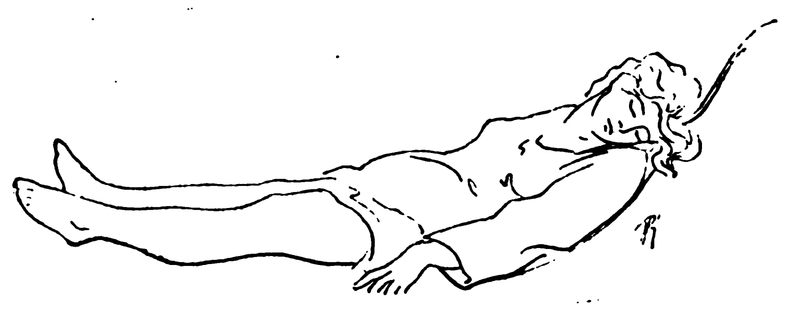


Fig. XII.

En résumé, les muscles respirateurs sont atteints au même titre que tous les autres pendant l'attaque d'éclampsie. Leurs mouvements convulsifs apportent une grande entrave aux mouvements respiratoires.



Fig. XIII. — Respiration stertoreuse.

Le danger existe surtout, lorsque les convulsions toniques atteignant les muscles respirateurs, tout mouvement respiratoire devient impossible. C'est à ce titre surtout que l'emploi des anesthésiques est justifié dans le traitement de l'attaque d'éclampsie. En effet, sans vouloir dire que le chloroforme, par exemple, agit sur les causes mêmes de l'éclampsie, la méthode

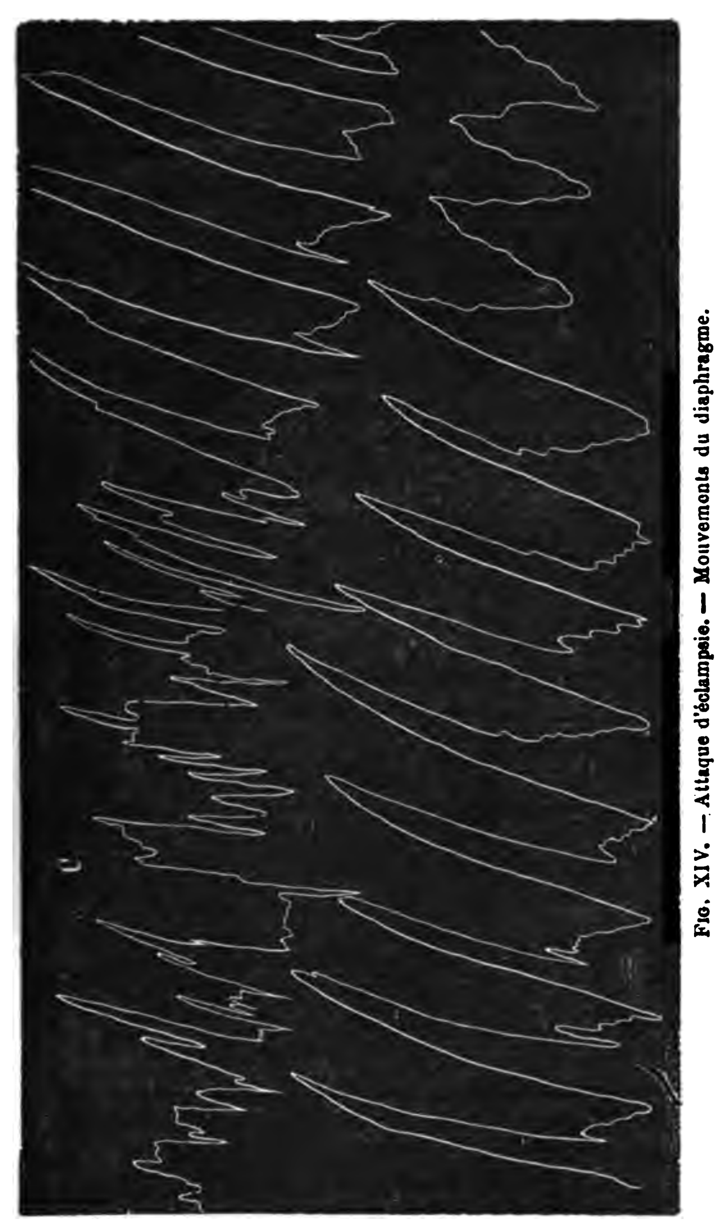


Fig. XIV. — Attaque d'éclampsie. — Mouvements du diaphragme.
C, on donne du chloroforme. — Le deuxième tracé est la suite du premier.

graphique nous permet d'affirmer qu'il a une action réelle sur la marche de l'accès.

Ainsi les tracés nos VIII, X, XI, XIII ont été recueillis chez une femme à laquelle on n'avait pas encore fait de traitement. On soumet cette malade à des inhalations de chloroforme ; pendant que, sans être cependant complètement anesthésiée, elle est encore sous l'influence du chloroforme une nouvelle attaque se déclare. (Voy. tracé XIV.)

Les oscillations du début commencent, on reprend les inhalations (C). On voit alors cesser presquement immédiatement la période tonique ; la phase clonique est à peine marquée car la malade a seulement 13 grandes secousses. L'attaque d'éclampsie a pour ainsi dire avorté.

Nous avons recueilli plusieurs tracés analogues.

De la respiration de Cheyne-Stokes chez les éclamptiques.

Aujourd'hui on admet généralement les rapports intimes qui existent entre l'albuminurie chez les femmes enceintes et l'éclampsie. Notre maître M. Tarnier s'exprime ainsi dans la dernière édition du traité d'accouchements de Cazeaux.

« Les faits cliniques démontrent avec la dernière évidence qu'il y a une liaison intime entre l'albuminurie et l'éclampsie. Mais comment remonter de l'éclampsie à l'albuminurie ? C'est ici qu'intervient la doctrine de l'urémie..... Nous avouerons, il est vrai, que cette pathogénie est loin d'être établie sur des bases inébranlables ; mais si l'explication manque, il n'en reste pas moins acquis à la science qu'il y a une relation de cause à effet entre l'albuminurie et l'éclampsie. »

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de rechercher si, chez les éclamptiques, on observe la respiration de Cheyne-Stokes qui existe chez les urémiques.

On sait que le premier Cheyne, en 1816, appela l'attention sur ce mode respiratoire qu'il avait observé chez un homme atteint de dégénérescence graisseuse du cœur.

En 1854, Stokes fit de ce phénomène un signe pathognomonique du degré extrême de la dégénérescence graisseuse du cœur. Von Dusch le premier signala, en 1867, son existence chez les urémiques. Depuis cette époque de nombreux mémoires ont démontré l'importance que l'on doit accorder à ce signe. Traube, en 1871, a bien décrit le phénomène. « Pendant la pause, l'acide carbonique s'accumule dans le système pulmonaire, les nerfs vagues sont seuls excités, la respiration est superficielle. L'acide carbonique s'accumulant dans les artères du corps, tous les nerfs sensibles sont excités aussi et la respiration devient dyspnéique. Mais cette respiration profonde élimine l'acide carbonique; bientôt il n'y en a plus assez pour exciter les nerfs sensitifs de la périphérie, la respiration redevient superficielle, enfin il n'y en a plus assez pour exciter les nerfs vagues pulmonaires, la respiration se suspend. »

Pendant que nous avions l'honneur d'être attaché comme externe au service de M. le professeur Potain, nous avons souvent entendu notre maître appeler notre attention sur l'existence de ce phénomène chez les urémiques, et notre ami M. Cuffer consacra à l'étude et à l'interprétation de ce phénomène sa thèse inaugurale.

Dans des expériences très intéressantes, il a vu la respiration de Cheyne-Stokes se produire chez des animaux auxquels il avait inoculé de la créatine et du carbonate d'ammoniaque; appliquant les résultats ainsi obtenus aux faits qu'il avait observés chez les brightiques, et tenant compte d'autre part des recherches qu'il avait faites sur l'état du sang chez ces malades, il a donné une explication acceptable de l'apparition de ce trouble respiratoire dans l'urémie.

Or nous avons pu observer le phénomène dit de Cheyne-Stokes chez une malade éclamptique *accouchée* depuis deux jours et *qui n'était pas sous l'influence des anesthésiques.*

Le tracé nº XV montre en effet que la respiration était d'abord dyspnéique; après une profonde expiration la malade fait trois grandes inspirations, puis reste assez longtemps (30 *secondes*) sans respirer, le diaphragme étant en état d'expiration. Après

cette pause elle fait de nouveau plusieurs grandes inspirations et la respiration redevient régulière.



Fig. XV. — Respiration de Cheyne-Stokes chez une éclamptique. — Le deuxième tracé est la suite du premier. — Dans cette figure les lignes ascensionnelles indiquent les inspirations ; les lignes de descente les expirations.

Cette malade a présenté ce type respiratoire pendant 24 heures. C'est là un nouveau signe qui vient à l'appui de l'assimilation de l'éclampsie aux phénomènes nerveux qui signalent

les dernières périodes du mal de Bright, que l'on désigne ces derniers sous le nom d'urémie, de créatinémie, ou d'ammoniémie.

Nous nous bornons aujourd'hui à constater l'existence de la respiration de Cheyne-Stokes dans l'éclampsie. Des recherches ultérieures nous montreront si, chez les femmes enceintes albuminuriques, on trouve les modifications du sang qui ont été signalées chez les brightiques, et si chez les éclamptiques on peut donner de cette modification du mode respiratoire une interprétation analogue à celle qui a été proposée pour les urémiques.

REVUE DE LA PRESSE.

LES DANGERS DES MANIPULATIONS

ET DES OPÉRATIONS UTÉRINES LES PLUS SIMPLES.

Par le Dr **G.-T. Engelmann**, de Saint-Louis (États-Unis).

Traduction par le Dr A. Cordes (*de Genève*).

SUITE ET FIN (1).

Opération pour la déchirure du col.

Cas XIV. — Mort par péritonite générale, à la suite d'une opération faite pour une légère lacération unilatérale du col.

Mme H. R..., de Tennessee, 26 ans, souffrait de douleurs lombaires et ovariques et de faiblesse générale, amenées par une petite déchirure

---

(1) Voir le numéro d'octobre et novembre.

du col, située à gauche. Elle ne pouvait faire aucun exercice ; une courte promenade, le moindre essai de travail augmentaient beaucoup ses douleurs. L'utérus était mobile, encore un peu volumineux, mais beaucoup moins que lorsque j'avais vu la malade pour la dernière fois, en mars 1879. Elle avait, depuis lors, subi un traitement préparatoire complet, institué par son médecin ordinaire, le Dr Thompson. Le flux menstruel cessa le 15 mars 1880. Je fis faire des douches vaginales et donner une purgation. Six jours plus tard, le 21, je l'opérai avec l'aide des Drs Holland, Hypes, Sokenck, Nelson, et Thompson, de Tennessee. L'opération fut très simple, bien supportée sans chloroforme, faite dans un nuage de vapeur d'eau phéniquée chaude, et je plaçai quatre sutures en fil d'argent. Il ne se produisit pas de réaction, le pouls et la température restèrent dans la normale. Quelques injections chaudes eurent raison du léger malaise causé par les sutures. Le troisième et le quatrième jour, l'opérée était impatiente de quitter son lit, se sentant complètement guérie. Il est en effet remarquable que tous les symptômes avaient disparu aussitôt après l'opération : la douleur ovarique et lombaire n'existait plus ; en un mot, l'opérée disait qu'elle se sentait « un nouveau dos. »

Le 28 mars, septième jour, les sutures furent enlevées ; mais la réunion n'était pas complète : la moitié latérale, les deux tiers avaient pris, et une partie des anciens symptômes reparurent. Comme il n'y avait pas la moindre sensibilité utérine, pas d'augmentation de volume et rien qui indiquât la moindre trace d'inflammation, je crus devoir aviver les bords et répéter l'opération. Les règles devaient venir dans cinq ou six jours, et la malade ne voulait pas attendre jusqu'après ; s'il fallait une seconde opération, elle la voulait tout de suite. J'opérai donc le 3 avril, avec l'assistance des Drs Holland, Hypes et Thompson, avec les mêmes précautions que la première fois, et fis trois sutures.

L'opérée souffrit beaucoup, la douleur ne fit qu'augmenter, la fièvre parut bientôt, les vomissements et la sensibilité abdominale indiquèrent une péritonite générale, qui l'emmena le 8 au matin, moins de cinq jours (1) après cette petite opération.

---

(1) Le texte porte *cinq* jours ; si les autres chiffres sont exacts, c'est *onze* jours qu'il faut lire. (A. C.)

L'écoulement menstruel parut prématurément le 5. Des applications chaudes et des injections de morphine amenèrent du soulagement; mais la quinine par la voie rectale et la voie hypodermique ne put arrêter le cours fatal de la maladie.

L'opéré a été constamment sous la surveillance du Dr Thompson et vue en consultation par les Drs Hodgen et Prewitt. Quoique personne ne pût découvrir un symptôme de septicémie, je dois dire que j'avais, trois semaines auparavant, perdu dans le même hôpital une femme de septicémie puerpérale. La première opération a été faite deux jours après ce décès; c'était imprudent, je dois l'avouer; mais comme elle n'eut pas de suites, je crus pouvoir en entreprendre une seconde quelques jours plus tard. L'accident fatal est-il dû à l'infection atmosphérique du bâtiment, à la proximité de l'époque menstruelle, ou à quelque accident inaperçu ou omis ? Ayant prêté ma pince à griffes à un confrère, je me suis servi de celle de l'hôpital qui était vieille et rouillée. Est-ce là qu'il faut chercher la cause de l'infection?

La nécropsie fit voir une péritonite générale; les organes génitaux étaient sains et ne paraissaient pas avoir été le point de départ de l'inflammation. Quelle est donc la cause de ce résultat inattendu?

CAS XV. — Mort par septo-pyohémie neuf jours après une opération faite pour une lacération bilatérale du col.

Le Dr W. H. Baker, de Boston, m'écrit: « Environ dix jours après avoir perdu une de mes ovariotomisées, morte de péritonite septique, j'opérai une femme de 59 ans, veuve, pour une large lacération bilatérale du col, avec procidence.

« Je fus amené à l'opérer, parce que j'avais constaté que, lorsque l'utérus était réduit et qu'on employait des moyens mécaniques pour le maintenir, ils tendaient à séparer les lèvres du col, et produisaient beaucoup d'irritation; je désirais simplement rendre possible l'application d'un pessaire. La malade ne voyait plus depuis un an; et, en faisant l'opération, je trouvai les organes si peu vasculaires, que je me demandai s'ils auraient assez de vitalité pour se réunir. L'opérée mourut en neuf jours, de septo-pyohémie. »

Cas XVI. — Mort par péritonite généralisée, quatre jours après une opération faite pour une large déchirure stelliforme du col.

Le Dr H. Marcy, de Cambridge (Mass.), a opéré une dame délicate anémique, de 26 ans, qui avait eu un enfant quatre ans auparavant et n'était pas bien depuis lors. Elle avait une menstruation profuse, de la leucorrhée, des douleurs lombaires, etc. Le 12 avril, il aviva les bords de la déchirure, et les réunit par six points de suture. L'opérée fut bien, sans prendre d'opium, jusqu'à l'après-midi suivante. Elle commença alors à souffrir un peu dans la région pelvienne ; elle fut agitée, malgré de bonnes doses d'opium, dans la nuit du 13 ; la température resta normale. Le premier et seul frisson qu'elle eut parut le 14, et le pouls commença de s'accélérer, et la température de s'élever ; à midi elle était beaucoup plus mal ; les douleurs étaient intenses, et vers le soir le facies se grippa, la malade devint délirante et inconsciente. Le 15, elle s'affaiblit graduellement, la péritonite était nettement déclarée, l'urine fortement albumineuse, et renfermait des masses granuleuses. Le 16, à 10 heures du matin, T. 41,6, pouls 160, inconscience. T. 40°, soif calmée par la glace, etc. Mort à 4 heures. La nécropsie fit voir l'utérus et les ovaires sains, mais le bassin plein de pus fit reconnaître une métrite parenchymateuse avec une péritonite générale ; les intestins étaient solidement agglutinés, condition semblable à celle de mon cas, où, cependant, la péritonite était moins violente, et où il n'y avait pas de néphrite.

Le Dr Marcy se croyait « *chirurgicalement net* » au moment de l'opération, et ne fit qu'ordonner des injections phéniquées, comme désinfectant, toutes les trois ou quatre heures, pendant les deux premiers jours.

Ces cas suffisent à nous montrer que cette opération qu'on nous a donnée, et qui l'a si souvent été, comme un bienfait, a ses dangers, et demande que l'opérateur emploie toutes les précautions indiquées par son auteur ; malgré elles cependant, elle peut avoir des résultats mortels.

La curette.

Cas XVII. — Péritonite pelvienne, conséquence d'un refroidissement quatre jours après l'emploi de la curette.

Miss M. M..., 21 ans, d'une bonne constitution, d'une bonne santé, jusqu'ici exempte de toute misère féminine, est ennuyée par une légère perte qu'elle a remarquée dans le courant de 1878. Cette perte, d'un jaune brunâtre, tachait un peu son linge; et elle désire en être débarrassée.

Elle me consulte en juillet 1879. Je trouve une érosion autour du col, et une légère congestion du col et des parois vaginales, je fais une application topique, et prescris des injections astringentes, qui sont continuées pendant des mois, sans bénéfice visible, sauf la guérison de l'érosion.

Déterminé à débarrasser ma malade de ce désagrément, dû évidemment à une congestion ou à une hypertrophie de la muqueuse utérine, je la traitai, en janvier et février 1880, par des applications topiques, mais sans succès. Décidé à trouver et à écarter la cause du mal, j'en vins à dilater ponr examiner la cavité utérine. J'introduisis donc une éponge le 8 mars, puis une plus grosse le 9 et le 10, j'examinai l'utérus avec l'anse métallique de Thomas. La sensation molle et veloutée qu'elle me donna me prouva l'existence d'un épaississement de la muqueuse. J'en enlevai une bonne épaisseur avec la curette de Simon à bords tranchants, puis je fis une application ferrique dans la cavité de l'utérus ; la douleur cessa bientôt, et lorsque je revis mon opérée, le 12, deux jours après l'opération, je la trouvai fort à son aise. Je fis une nouvelle application de la solution ferrique, et prescrivis des injections astringentes chaudes. J'omis de lui dire comment elle devait les faire, et, se sentant bien, elle alla avec ses bas, près du poêle, prendre son injection.

Le temps était cru, et il soufflait un vent d'ouest désagréable, la chambre était grande, opposée au midi, avec trois larges fenêtres et deux portes, l'une donnant sur une chambre froide, l'autre sur une antichambre froide aussi. Près de cette dernière ouverture, à travers les joints de laquelle soufflait un fort vent coulis, était le lit de la

malade. En se levant, en mettant ses bas, et en allant jusqu'au fourneau, elle fut constamment dans un courant d'air.

Le 14 au matin, après avoir pris son injection, elle se plaignit de frissons et de froid aux pieds. Le lendemain, je la trouvai avec une forte fièvre, avec de la sensibilité abdominale. La nuit suivante, elle eut un violent frisson; et le 16, malgré tout ce que je fis, elle avait une pelvi-péritonite bien déclarée. L'estomac ne gardait ni la nourriture, ni les remèdes; le pouls allait à 130 et 140, et, pendant trois ou quatre jours, j'eus les plus mortelles inquiétudes. La bonne constitution de la malade et de grands soins firent pencher la balance du bon côté, et l'opérée fut sauvée, après avoir été bien proche d'être victime d'une imprudence, apparemment légère, commise peu après une petite opération utérine.

Le Dr P.-F. Mundé me dit qu'il a eu un cas de cellulite après l'application de la curette mousse. M. Skene me dit qu'une de ses malades est morte de péritonite, après avoir subi l'emploi de la curette de Sims, pour des productions polypoïdes.

La cuillère tranchante, comme la curette mousse, qui semble innocente, doivent être maniées avec autant de précautions que des instruments plus dangereux.

Enlèvement de petits polypes pédiculés dans la cavité utérine.

Cas XVIII. — Mort à la suite de l'enlèvement avec les ciseaux d'un petit polype du canal cervical.

Mme ..., âgée de 48 ans, mère de plusieurs enfants, dont le dernier a 8 ou 10 ans, souffre, depuis plus d'un an, d'hémorrhagies utérines, non seulement au moment des règles, mais aussi dans l'intervalle.

Une hémorrhagie plus violente que les autres la décida à demander le Dr H.-H. Mudd, qui la trouva très faible, pâle et anémique. Le col était normal, pas extrêmement mou ni épaissi; l'orifice était petit, pas ouvert; aucune ulcération, aucune tumeur n'expliquait l'hémorrhagie.

Le Dr Mudd dilata le col avec la laminaire, et ne trouvant rien d'a-

normal, plaça une éponge pour explorer complètement la cavité utérine. Il trouva alors un petit polype, qui n'avait pas plus de 15 millimètres de longueur, attaché par un mince pédicule de moins de 5 millimètres d'épaisseur, placé un peu au-dessous de l'orifice interne. Il l'enleva aisément avec les ciseaux, sans douleur et sans hémorrhagie. La dilatation n'avait point fait souffrir la malade.

Il n'y eut aucun signe de réaction jusque près de trente-six heures après l'opération. Le Dr Mudd opéra le samedi après-midi ou le dimanche matin. Le lundi matin, la malade eut un frisson alarmant, suivi d'une forte fièvre, des nausées et des vomissements. Trente-six heures plus tard, le mercredi matin (1), l'opérée succomba, trois jours après l'ablation d'un petit polype, attaché à un pédicule filiforme. Il faut noter que ce pédicule a été coupé avec les ciseaux, et non arraché avec la pince.

Cas XIX. — Mort causée par l'ablation d'un polype gros comme un pois, plaie sur le col, trois jours avant l'apparition des règles.

Une demoiselle âgée de 35 ans, d'une santé délicate en apparence, vint consulter le Dr Wm.-L. Barret, de Saint-Louis, pour une ménorrhagie déjà ancienne, et qui était dernièrement devenue sérieuse. A l'examen, le Dr B... trouva un petit fibroïde, pas plus gros qu'un pois, sessile, attaché à la muqueuse du col, dans l'orifice externe, et un fibroïde sous-séreux, du volume d'une noisette, fixé au fond. L'enlèvement du petit polype étant une opération insignifiante, et la malade, qui venait du centre du pays, désirant vivement être opérée, le Dr Barret arracha immédiatement cette excroissance avec la pince à pansement, quoiqu'il sût que les règles étaient attendues prochainement. Il toucha le point d'implantation du polype avec la solution; d'iode de Churchill, peut-être aussi une assez large surface du canal cervical, mais il ne pénétra point dans la cavité utérine.

Toutes les précautions furent prises : la malade fut tenue au lit après cette petite opération indolore, et qui n'avait pas donné de sang le vagin fut bien lavé par des injections fréquentes. Tout alla bien

(1) Déjà, à plusieurs reprises, j'ai noté des erreurs dans les calculs de l'auteur; pour ne pas empiéter sur le texte par mes annotations, je laisserai désormais le lecteur les rectifier lui-même. (A.-C.)

pendant deux ou trois jours. Lorsque les règles parurent, il se déclara une pelvi-péritonite qui se termina par la mort en cinq ou sixjours. L'autopsie démontra que le mal avait commencé par une endométrite qui, suivant les trompes, avait gagné les ovaires ; ces organes étaient congestionnés et augmentés ; de là, l'inflammation avait envahi tout le péritoine.

Cas. XX. — Péritonite et mort à la suite de l'ablation du fond de l'utérus, avec une pince à pansement, d'un petit polype muqueux.

Pendant un peu de temps, le nom honorable d'un homme aussi habile et aussi soigneux que le Dr Emmet a été en butte à l'envie et à la malice, et attaqué par les amis d'une malheureuse jeune fille, à l'occasion d'un de ces accidents inexplicables, dont il me parle en ces termes : « Il y a environ seize ans, une demoiselle, âgée de 22 ans environ, paraissant en parfaite santé, mais souffrant d'une menstruation fort douloureuse, depuis dix-huit mois, vint me consulter au sujet de son mariage ; elle craignait d'être stérile. A mon premier examen, je trouvai l'utérus antéfléchi, et un épaississement mal défini dans le côté gauche du fond. Ses dimensions limitées me firent le regarder comme de peu d'importance. Je proposai la division du col sur la partie postérieure, comme j'avais, à cette époque, l'habitude de la faire. Je sais *maintenant* que la flexion, comme la dysménorrhée, doivent avoir pour cause une ancienne cellulite qui a gêné la circulation et que la division du col doit en ramener une nouvelle explosion. Au second examen, fait dans mon hôpital particulier, je sentis un petit polype muqueux, du volume d'un gros pois, qui sortait du col. Sans aucune préparation spéciale, et sans penser aux conséquences, j'introduisis un spéculum de Sims et j'arrachai la tumeur. L'opération ne causa ni douleur ni hémorrhagie, et je me préparais à diviser le col le lendemain ; mais dans la nuit ma malade eut un violent frisson, suivi de cellulite, puis d'une péritonite générale, qui l'emporta dans cinq ou six jours.

« Ce cas est resté profondément gravé dans mon souvenir ; cependant je ne pus encore, pendant bien des années, me rendre compte de l'effet et de la cause, jusqu'à ce que j'eusse vu plusieurs cas de cellulite succéder à des causes aussi légères. »

Le Dr Chadwick, de Boston, a eu aussi une mort, comme

conséquence de l'ablation d'un polype fibreux du canal cervical.

Ces cas démontrent nettement à quels dangers on s'expose en enlevant hâtivement ces petites tumeurs qui semblent des ennemis si faciles à détruire. Il ne faut jamais les arracher par la torsion ; il faut dilater le canal utérin, tout au moins le nettoyer, couper le pédicule avec des ciseaux, et, en prenant les plus grandes précautions de propreté, cautériser leur point d'implantation avec le nitrate d'argent, la teinture d'iode ou l'iode, comme l'indique le Dr Emmet, et faire coucher l'opérée.

Le Dr Emmet, guidé par son expérience, donne une excellente description de ces excroissances à l'apparence innocente et de leur traitement, à la page 616 de sa seconde édition, lorsqu'il dit : « Nous sommes naturellement tentés d'arracher la « tumeur, ce qui est aisé ; mais si nous employons de la force, « nous nous exposons davantage à voir surgir une cellulite, « que si nous enlevons un large polype pédiculé. J'ai eu plu- « sieurs fois de la cellulite à la suite de l'enlèvement par tor- « sion de ces petites excroissances. Il existe certainement entre « la muqueuse vaginale, le canal utérin, le péritoine et le tissu « conjonctif du bassin une relation plus étroite qu'on ne le « croit généralement. »

Le péril me paraît venir moins de l'emploi de la force que de la transmission et de l'absorption des produits inflammatoires et septiques par une plaie déchirée.

Périnéorrhaphie.

Cas XXI. — Mort à la suite d'opérations insignifiantes, faites pour la restauration du périnée, dans la pratique du Dr E.-H. Gregory.

Le plus frappant de ces exemples est celui d'une dame de 22 ans, qui avait eu le périnée légèrement déchiré à sa première couche. Elle était en fort bonne santé, et ne souffrait point de cette lacération. Mais on crut bien faire de la restaurer. En conséquence, le Dr Gré-

gory l'opéra deux ou trois mois après l'accouchement, avec l'aide des Drs Pollak, Moses et Carson. L'opération fut très simple, le Dr G... n'eut à aviver qu'un pouce carré de tissu. Douze heures après l'opération la température s'éleva à 37°,7, et le cinquième jour cette jeune, belle et bien portante femme fut placée dans son cercueil.

Un cas semblable est celui d'une dame de 30 ans, ayant plusieurs enfants, que le Dr Gregory opéra pour une lacération du périnée, environ deux mois après son accouchement, en présence des Drs Hodgen et Lemoine. Une fièvre analogue à la fièvre uréthrale surgit peu après l'opération, et se termina fatalement en moins d'une semaine.

J'ai entendu parler d'un cas similaire : mort à la suite d'une opération faite pour une rupture périnéale six semaines environ après l'accouchement, dans le service du Dr C.-B. Porter, à l'hôpital général de Massachusetts, à Boston. Heureusement, avant de rendre mes épreuves, j'ai reçu, grâce à l'obligence du Dr C-W. Cooper, l'observation détaillée de ce cas du Dr Porter.

Cas XXIII. — Mort par septicémie soixante-six heures après une périnéorrhaphie.

W..., âgée de 23 ans, assez charnue et d'apparence bien portante, entrait à l'hôpital général le 24 mars 1880, quatre mois après la naissance de son premier enfant, qui pesait 12 livres. Le 25 mars, la rupture, qui s'étendait sur une longueur de 26 millimètres dans le rectum, fut fermée avec succès par le Dr Porter; trois sutures profondes unirent le corps du périnée; la muqueuse rectale fut recousue avec le catgut, et celle du vagin avec du fil de fer mince, qui fut aussi employé entre les sutures profondes.

Le jour suivant, l'opérée se sentait bien et put supporter un peu de nourriture liquide, quoiqu'elle commençât à vomir.

Le 27 mars, elle était agitée, l'abdomen était tympanisé et fort distendu; à 1 h. 30 elle était fiévreuse, la température, après un lavage, marquait 38,3, la respiration et le pouls s'accéléraient, toutefois pas d'une manière alarmante.

Dans la soirée, il se fit un grand changement, les extrémités supé-

rieures étaient froides, le pouls faible et très rapide. La malade s'affaiblit rapidement, et malgré tous les soins qu'on lui prodigua, elle mourut à 5 h. 30, le 28 au matin, moins de trois jours après l'opération. Pendant tout ce temps l'opérée ne put presque plus garder aucune nourriture.

La nécropsie, vingt-huit heures après la mort, fit voir la surface de la plaie grisâtre, non réunie, et les parties voisines saines en apparence ; pas trace de péritonite, aucune lésion pathologique, sauf un *gonflement nuageux* du foie et des reins.

La mort fut attribuée à la septicémie.

Le Dr T.-G. Thomas me dit qu'il a eu une mort, à la suite d'une périnéorrhaphie faite pour une rupture partielle.

J'ai rapporté ces derniers cas parce qu'ils indiquent le danger d'une intervention chirurgicale dans les organes même éloignés de l'utérus, quoique j'eusse l'intention de limiter mes remarques à cet organe si maltraité. Je ne parle pas d'opérations utérines sérieuses ou quelque peu importantes ; ainsi je ne dis rien de l'incision antéro-postérieure, de l'amputation du col, ni de l'ouverture, fréquente malheureusement, quoique rarement mortelle, du péritoine par l'écraseur, dans cette opération. Je laisse de côté les opérations difficiles ou importantes (quoique non dangereuses en elles-mêmes), et cependant j'en connais bon nombre qui ont été suivies de mort (1).

Résumé.

On ne saurait se méprendre, j'en suis certain, sur l'objet de ce mémoire. Je ne veux point empêcher le médecin d'user de tous les moyens dont il peut disposer pour assurer son diagnostic, ni le détourner de l'emploi du bistouri, lorsque cet instrument peut apporter un soulagement à quelque souffrance ; je désire l'avertir que le plus simple examen, l'opération la plus simple,

(1) Je passe les remercîments de l'auteur à ceux, du reste, pas nommés, qui ont eu l'honnêteté de lui citer ces cas malheureux. (A. C.)

la plus courante, peut présenter ses dangers ; bref, que l'intervention la plus banale dans les organes générateurs de la femme doit être pesée, et doit ne point être entreprise à la légère, et seulement en dehors de certaines conditions physiologiques et pathologiques.

J'ai voulu affermir la prudence des hommes expérimentés, raillée par quelques-uns, et avertir les indiscrets et les négligents, d'autant plus que, pour citer les mots d'un éminent spécialiste qui est en position de savoir ce qu'il dit : « Un délire « soudain semble s'être emparé de bon nombre de médecins, « pour les pousser à devenir gynécologues spécialistes. »

Ce n'est point dans un esprit de timidité ou dans un moment de découragement que j'ai écrit ce qui précède. Je n'ai jamais balancé à entreprendre une opération qu'un homme consciencieux pourrait oser. J'ai en ce moment à Saint-Louis deux malades à qui j'ai fait la gastrotomie ; à l'une, j'ai enlevé deux kystes ovariques et cinq ou six kystes du foie ; toutes les deux se remettent sans avoir présenté la moindre trace d'augmentation du pouls ou de la température, ni aucun malaise. C'est ce contraste si frappant, cette innocuité merveilleuse des opérations les plus sérieuses, et les résultats *insidieusement* funestes d'opérations les plus simples, qui m'ont suggéré ces réflexions.

Ces faits énoncés, nous pouvons tirer les *conclusions* suivantes, que je ne ferai qu'énoncer, car elles résultent de l'examen des cas rapportés :

1° Les manipulations utérines nécessitent la plus grande prudence, surtout à un premier examen : même l'organe le plus accoutumé à ces manœuvres peut avoir une sorte de *boutade*, sous l'influence de conditions ignorées, et s'irriter de l'intervention la plus banale. (Cas III et XI.)

2° Aucune manipulation, aucune opération n'est exempte de danger ; et, avant d'en entreprendre une, il faut se garder contre certaines conditions physiologiques ou morbides : la menstruation, la grossesse et l'involution, d'un côté ; les suites de la

cellulite et de la péritonite de l'autre, et par-dessus tout, des affections aiguës.

On a pu, sans accident, omettre quelquefois ces précautions; mais, de temps en temps, l'imprudent se trouve puni. (Cas XII, XIV, XIX, XX, XXI, XXII.)

3° Pendant les opérations, nous devons tenir compte :

a. De la condition sanitaire de la ville. L'existence d'une épidémie, surtout de la fièvre puerpérale, d'érysipèle, ou de la diphthérie, contre-indique absolument une opération; il semble que lé printemps soit la saison la plus dangereuse. (Cas XIV, XV, XVI.)

b. Observer une propreté irréprochable, sinon le *listérisme* dans sa pureté, autant qu'il se peut.

4° Après les opérations, je parle toujours des plus simples, l'opérée doit rester un temps suffisant dans son lit. Le médecin doit imposer cette règle, toute ridicule qu'elle paraisse à une malade qui n'a ni douleur ni malaise quelconque. (Cas VIII, X, XII, XVII. Après les applications utérines, les malades doivent prendre un court repos (1).

CORRESPONDANCE.

*A M. le D*r A. LEBLOND, *Rédacteur en chef des* Annales de Gynécologie.

Mon cher confrère,

Vous avez eu la bonté de publier dans les *Annales de gynécologie* la description de l'appareil que M. le Dr do Villiers avait bien voulu présenter en mon nom à l'Académie de médecine, dans la séance du 18 mars dernier.

Par une omission que je regrette, l'imprimeur n'avait pas tiré la figure sans laquelle l'intelligence du texte devenait très difficile pour vos lecteurs.

---

(1) Extrait des *Transactions Missouri Stale medical Society*, 1880.

Je profite d'une amélioration que je viens de faire subir à l'appareil pour vous adresser un nouveau cliché, en vous priant d'être assez bon pour le faire passer dans un des plus prochains numéros de votre journal, avec l'explication qui l'accompagne.

Cet appareil, si je ne me trompe, est destiné à rendre de grands services dans la gynécologie, et, à ce titre, il mérite de figurer dans votre excellente revue.

Description.

L'appareil primitif se compose d'une plate-forme de 42 cent. de largeur sur 33 de profondeur, rembourrée et capitonnée pour éviter le glissement de la malade. Cette plate-forme s'élève perpendiculairement au-dessus du sol de 64 cent.; les pieds vont en s'écartant pour donner à l'appareil une large base de sustentation.

A la plate-forme est adapté un dossier mobile en arrière, pouvant se renverser jusque sur le sol. Il est rembourré et capitonné comme la plate-forme elle-même. La hauteur du dossier prise de la plate-forme est de 70 cent., sa largeur de 45. Le dossier renversé forme avec l'horizontale des angles de toutes les dimensions suivant les besoins de l'opérateur.

Sur les pieds du devant de la plate-forme existent des attentes pour supporter des étriers mobiles que l'on allonge ou raccourcit d'après la taille de la malade.

Dans l'appareil perfectionné la plate-forme à dossier mobile est placée sous un portique formé de quatre montants ronds ou équarris, dont deux, ceux de face de 2 m. 50, sont presque perpendiculaires au sol, et deux, obliques en arrière de 2 m. 70, donnent de la solidité aux premiers. Ceux-ci sont écartés des premiers à leur base de 1 m. 22; en haut ils viennent former avec eux un angle presque aigu pour supporter un plateau transversal de 80 cent. de long sur 20 de large.

Les montants du portique traversent le plateau et sont che-

villés solidement à sa partie supérieure. En bas, en contact avec le sol de la chambre, ils sont séparés les uns des autres, devant et derrière, par un écart de 90 cent.; de telle sorte que le rectangle formé par leur base est de 1 m. 22 sur 90 cent.



Ces quatre montants sont en outre reliés entre eux, deux à deux, par quatre tringles de fer forgé qui complètent la solidité de l'appareil en lui laissant sa mobilité, sa facilité de transport, et la possibilité de le démonter à la volonté du médecin.

Ces derniers avantages n'existaient pas dans le premier mo-

dèle lequel était fixé au plafond de la chambre et nécessitait des ressorts de longueur variable suivant l'élévation de l'appartement.

A la face inférieure du plateau dont nous avons parlé, qui forme comme le ciel de l'appareil, sont solidement insérés trois forts pitons.

1° les deux pitons excentriques, celui de droite et celui de gauche, supportent deux chaînes à ressorts formées de quatre boudins de 32 cent. chacun de longueur et d'une force calculée pour supporter le poids du corps.

2° le piton central est destiné au support d'un bras de levier du premier genre, dans le fonctionnement duquel la résistance est représentée par le dossier de l'appareil augmenté du poids du tronc de la malade; le point d'appui est le piton lui-même représentant le centre de gravité du plateau dans lequel il est profondément vissé; enfin, la puissance se trouve dans la main même de la malade qui, à l'aide d'une cordelette correspondante à l'extrémité la plus longue du bras du levier, peut, dès le redressement de l'utérus opéré, reprendre, sans le moindre effort, sans la moindre secousse, la position verticale. Quant à l'extrémité la plus courte du bras de levier, elle est reliée à la partie supérieure du dossier mobile par une autre cordelette en forme d'Y renversé tel qu'on peut le voir dans la figure ci-contre.

Grâce à ce procédé de redressement et aux modifications qui y ont été apportées, la masse intestinale qui, sous l'influence de la position sacro-dorsale ou genu pectorale, suivant les cas, et de la pression atmosphérique agissant par le vagin (voir mon premier mémoire in *Gaz. obstétricale*, 20 septembre et 5 octobre 1879) avait abandonné la région hypogastrique pour se porter vers le diaphragme, aussi bien dans l'antéversion que dans la rétroversion, vient reprendre sa position normale autour de l'utérus désormais redressé, et lui constituer de nouveau cette loge anatomique creusée, pour ainsi dire, au milieu des anses intestinales elles-mêmes qui s'opposeront physiologiquement, dans l'avenir, à un nouveau déplacement de l'organe.

J'ajouterai en terminant, mon cher confrère, que je possède

aujourd'hui 73 cas de déplacement d'organes en observation, dans lesquels sont compris les sept cas déjà publiés par moi dans la *Gazette obstétricale*, tous ces cas traités par mon appareil.

Forcé par des circonstances douloureuses de famille d'abandonner, momentanément je l'espère, mon cabinet et ma clinique, je n'en suivrai pas moins les malades de cette première série et, dans un an, lorsque le temps et l'expérience auront prononcé sur la durée des cures temporaires ou définitives, je publierai le détail des observations avec leurs résultats exacts. C'est alors que vos lecteurs pourront apprécier en connaissance de cause la valeur que, quant à moi, je reconnais dès aujourd'hui à mon appareil.

Ils se décomposent ainsi :

42 antéversions dont une compliquée de latéro-version	25 cures radicales. 14 — temporaires. 3 insuccès.
(La latéro-version reste dans les cures temporaires.)	
15 rétroversions	7 cures radicales. 2 — temporaires. 3 — douteuses. 3 insuccès.
8 chutes de l'utérus à divers degrés	4 cures radicales. 3 — avec pessaires. 1 insuccès.
1 allongement hypertrophique du col	1 insuccès.
2 rétroflexions	1 guérie et maintenue avec le pessaire Hodge. 1 insuccès.
1 antéflexion	1 cure temporaire.
1 Rétroversion compliquée de rétroflexion.	1 guérison rétroversion, persistance rétroflexion.
1 hernie crurale	1 réduction par taxis ; facilité pour l'appareil ; contention par bandage.
1 hernie ombilicale	1 guérison ; ceinture à pelotte.
1 éventration	1 guérison ; ceinture abdominale.
73 Totaux :	73

Alors aussi peut-être pourrai-je commencer une seconde série d'expériences que je publierai également pour peu que j'y trouve quelque intérêt, scientifique ou humanitaire.

Telles sont, mon très honoré confrère, les observations que je voulais vous soumettre en vous remerciant d'avance de l'hospitalité que vous voulez bien leur accorder dans votre excellente publication.

Après cela, il ne me reste plus qu'à me dire,

Votre très dévoué serviteur et confrère,

Dr Eugène Verrier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. le Dr Léon Labbé fait une très intéressante communication sur la valeur du drainage péritonéo-abdominal dans l'ovariotomie.

La question du drainage de la cavité abdominale dans l'ovariotomie est encore aujourd'hui très discutée. Les ouvrages didactiques ne contiennent à ce sujet que des indications bien vagues. La plupart des auteurs s'occupent surtout des mesures à prendre contre les hémorrhagies consécutives; mais ils ne donnent aucune règle précise pour favoriser l'évacuation des liquides morbides qui peuvent s'accumuler dans la cavité abdominale pendant et après l'opération.

M. Labbé rapporte d'abord une première observation d'ovariotomie dans laquelle le drainage préventif péritonéo-abdominal n'avait pas été pratiqué. La malade succomba à des accidents septicémiques, et on trouva dans le petit bassin environ 1 litre d'un liquide séro-sanguinolent qui s'était accumulé après l'opération. Il est extrêmement probable que la malade aurait survécu si ce liquide avait eu une issue.

L'auteur rapporte ensuite trois observations très concluantes dans lesquelles le drainage péritonéo-abdominal a été pratiqué avec succès.

Il s'agissait de kystes très adhérents dont l'ablation nécessita de nombreuses déchirures. Un drain, qui fut placé à l'angle inférieur de la plaie, donna passage à des quantités considérables de liquide, de 1,000 à 1,500 grammes.

Il est très probable que la rétention de ces produits morbides dans la cavité abdominale aurait donné lieu à des accidents de septicémie.

M. Labbé rejette ce drainage péritonéo-vaginal qui complique inutilement l'opération et ne se prête pas à la pratique du pansement antiseptique. Le drainage péritonéo-abdominal, au contraire, est parfaitement compatible avec l'application rigoureuse de la méthode de Lister.

Voici dans quelles conditions l'auteur propose d'appliquer le drainage péritonéo-abdominal :

1° Lorsqu'il existe, concurremment avec un kyste de l'ovaire, une ascite dont on a lieu de craindre la reproduction.

2° Lorsqu'il existe des adhérences assez étendues et dont la déchirure donne nécessairement lieu a un suintement séro-sanguinolent consécutif assez abondant.

Il est nécessaire d'employer pour le drainage péritonéo-abdominal des tubes d'un calibre relativement fort et assez consistants pour que leur lumière ne puisse être effacée. Ceux dont se sert M. Labbé sont en caoutchouc et ont environ 8 millimètres de diamètre. Ils doivent avoir séjourné assez longtemps dans une solution phéniquée au 20e.

L'auteur termine en disant que, grâce à l'innocuité acquise par le drainage, depuis sa combinaison avec la méthode antiseptique, il convient plutôt d'en généraliser l'emploi que de le restreindre. Dans tous les cas où l'on n'est pas assuré de pouvoir sécher complètement la cavité abdominale on doit y avoir recours.

Le mémoire de M. Labbé a été écouté avec la plus grande attention par l'Académie.

Nous n'avons pas d'autres travaux de gynécologie à signaler pour ce dernier mois.

(*Séance du* 30 *novembre* 1880.)

A. Lutaud.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique de l'art des accouchements, par les professeurs NÆGELE et GRENSER. — 2e édition française, traduite et annotée par G. AUBENAS (1).

Il vient de paraître une deuxième édition française du Traité de l'art des accouchements de Nægele et Grenser, traduite sur la huitième et dernière édition allemande, et *annotée et mise au courant des derniers progrès de la science* par G. Aubenas, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Du livre primitif, de l'ouvrage de Nægele, nous n'avons rien à en dire, tous les médecins l'ayant entre les mains et en connaissant au moins aussi bien, sinon mieux que nous, toutes les qualités.

Nous ne parlerons donc que des annotations de M. Aubenas. Ces annotations sont nombreuses et portent sur presque tous les principaux chapitres : diamètre du bassin, structure de l'ovaire et du placenta, respiration placentaire, mode d'effacement du col de la matrice, diagnostic des présentations du fœtus, loi d'accommodation, ligature tardive du cordon, forceps, amputation utéro-ovarique, embryotomie, semi-anesthésie, analgésie, etc., etc.

Nous avons lu toutes ces annotations et nous remercions en particulier l'auteur de nous avoir fait la part si belle, mais nous n'avons pas été satisfait de cette lecture. Nous sommes peut-être moins bien placé que qui que ce soit pour parler comme nous allons le faire, mais vraiment il ne suffit pas pour faire connaître un travail, de découper 5, 10, 15, 20 lignes ou plus et de les mettre au bas d'un chapitre, sans les relier le plus souvent à ce qui précède ou à ce qui suit, et surtout sans donner aucune appréciation. Quel service en faisant cela rend-on au praticien ou à l'élève ? Est-on au courant de la science, par exemple, quand on lit à propos des modifications du col pendant la grossesse, ce qui suit (page 99) :

« Les recherches et les discussions sur le mode de dilatation du

(1) J.-B. Baillière et fils. Paris, 1880.

col n'ont pas encore amené une solution complète et définitive de la question, malgré les publications nombreuses qu'elle a suscitées surtout en Allemagne. (Voy. la Bibliographie ci-dessous.) »

N'eût-il pas été plus intéressant de donner un résumé court mais clair, clair surtout, des travaux publiés depuis quelques années sur ce sujet.

Nous ne multiplierons pas les exemples quoique nous puissions dire : *ab uno disce omnes*, mais nous tenons à protester contre cette manière de faire qui semble se vulgariser depuis quelque temps.

Personne plus que nous n'a de reconnaissance pour les hommes érudits et travailleurs qui veulent bien consacrer leur temps à traduire, c'est-à-dire à faire connaître les ouvrages étrangers ; nous admettons et nous comprenons que des notes destinées à élucider un point obscur ou à compléter une description soient souvent utiles, mais nous ne comprenons guère cette manie qui consiste à disposer au bas de chaque page, ou à la fin des chapitres, des élucubrations qui n'ont ni queue ni tête, à moins cependant que ce ne soit pour augmenter le volume d'un ouvrage, ou à faire ressortir le mérite de l'auteur qu'on traduit.

Les remarques de cette digression ne s'appliquent pas toutes à M. Aubenas, nous le reconnaissons, mais quand on a l'honneur de traduire et d'annoter le livre du grand Nægele, le but qu'on doit poursuivre ne saurait être trop élevé.

Dr Pinard.

Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, par W. S. Playfair. Traduit sur la deuxième édition anglaise, par le Dr Vermeil (1).

Ce livre contenant près de 900 pages est divisé en 5 parties.

La première partie, consacrée à l'anatomie et à la physiologie des organes qui concourent à la parturition, comprend trois chapitres ayant trait à l'étude : le 1er du bassin osseux ; le 2e des organes de la génération ; le 3e de l'ovulation et de la menstruation.

La deuxième partie, intitulée *de la grossesse*, renferme dix chapitres

(1) Paris, Octave Doin, éditeur.

dans lesquels sont étudiés successivement : la conception et la génération ; l'anatomie et la physiologie du fœtus ; les modifications générales et locales de l'économie produites par la grossesse ; les signes et diagnostic de la grossesse ; la grossesse anormale ; les maladies de la grossesse ; la pathologie de la caduque de l'œuf, l'avortement et le travail prématuré.

La troisième partie intitulée *du travail*, contient dix-sept chapitres concernant : les phénomènes du travail ; le mécanisme de l'accouchement dans la présentation du sommet ; le traitement du travail naturel ; l'anesthésie pendant le travail ; les présentations du siège ; les présentations de la face ; les positions occipito postérieures difficiles ; les présentations de l'épaule ; le travail précipité et le travail prolongé ; la dystocie due aux parties molles ; la difficulté du travail due à quelque état anormal du fœtus ; les vices de conformation du bassin ; le placenta prœvia ; l'hémorrhagie par décollement d'un placenta normalement inséré, l'hémorrhagie après l'accouchement ; la rupture de l'utérus et l'inversion utérine.

Dans la quatrième partie sont exposées les *opérations obstétricales* : accouchement prématuré artificiel ; la version ; le forceps ; le levier et le « fillet » ; les opérations qui entraînent la destruction du fœtus ; l'opération césarienne, la symphyséotomie et la gastro-elytrotomie ; et la transfusion.

La cinquième partie, intitulée de l'état puerpéral, est consacrée à l'exposé de l'état puerpéral et de son traitement ; des soins à donner à l'enfant, de l'allaitement de l'éclampsie puerpérale ; de la folie puerpérale ; de la septicémie puerpérale ; de la thrombose et de l'embolie puerpérales veineuses ; de la thrombose et de l'embolie puerpérales artérielles ; des causes de mort subite pendant le travail et l'état puerpéral ; de la cellulite et de la péritonite pelvienne.

Nous avons tenu à énumérer cette table des matières, afin de faire connaître le plan suivant lequel ce livre a été conçu, et surtout afin de donner tout d'abord une idée de l'importance de ce travail. Le plan général peut être critiqué, il nous serait facile de démontrer que la logique n'a pas toujours présidé à l'enchaînement et au groupement des chapitres, mais nous savons trop combien un bon plan est difficile à élaborer, pour insister davantage. Nous nous permettons seulement de signaler ce point à l'auteur, qui peut-être jugera bon de le modifier lors d'une édition ultérieure. Si maintenant nous examinons le fonds, le contenu de chaque chapitre, nous trouvons

d'excellentes choses, et d'autres qui le sont moins, et nous allons commencer de suite par analyser ces dernières.

Le chapitre qui concerne le *bassin* n'est pas à la hauteur de la science actuelle. Il est absolument nécessaire maintenant de tenir compte des travaux d'Hubert, de Giraud-Teulon, de Moralès, de Fabbri, et de ceux plus récents sortis de l'école d'anthropologie de Paris, parmi lesquels nous citerons particulièrement ceux de Beccarisse et de Verneau.

Nous pourrions en dire autant du *mécanisme de l'accouchement*. Certaines questions de détail y sont étudiées avec beaucoup de soin, mais les grandes lignes manquent. Cet « alphabet de l'obstétrique », comme le dit Playfair lui-même, manque de lettres majuscules et en possède trop de minuscules. Quelle différence il y a entre ce chapitre et celui consacré par le professeur Pajot aux *phénomènes mécaniques de l'accouchement* dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales ! A propos de la conduite à tenir pendant le travail naturel, le Dr Playfair s'étend longuement et avec juste raison sur la période du travail qui suit immédiatement l'expulsion du fœtus. Mais si nous sommes absolument d'accord avec lui quand il dit : « Il n'y a incontestablement aucune période du travail où une assistance intelligente soit plus nécessaire, aucune où les méprises soient plus fréquentes », nous sommes loin de partager sa manière de faire quant à la conduite à tenir. Le professeur Playfair se montre partisan absolu de la méthode de Crédé appliquée à la délivrance. « Le placenta, dit-il, doit être expulsé de l'utérus par la *vis a tergo* et non extrait par la *vis a fronte.* » Cela est vrai, mais nous préférons en France la *vis à tergo naturelle* à la *vis à tergo artificielle.* Nous ne commençons les tractions sur le cordon qu'après le décollement complet du placenta et *jamais* avant. Nous avons toujours vu nos maîtres agir ainsi, nous avons toujours nous-même suivi cette méthode et nous n'avons jamais vu nous ne dirons pas un accident, mais un inconvénient en résulter. Tandis que l'expression utérine est douloureuse tout d'abord pour la parturiente, et peut-être n'est-elle pas sans inconvénient dans la suite. Est-ce que les caillots qui se sont formés dans les sinus ne peuvent point se déplacer ou être écrasés sous l'influence de la pression ? Est-ce que des lésions de la muqueuse utérine, alors si friable, ne peuvent pas être produites ? Ainsi pour ces raisons, nous pensons que la délivrance telle que nous la pratiquons en France est bien préférable à l'expression utérine qui peut rendre des services dans certains cas,

mais qui ne doit être employée qu'en tant qu'*opération d'exception*.

Nous avons lu avec un soin tout particulier le chapitre ayant trait à l'*anesthésie pendant le travail*, et nous avouons que si les partisans du chloroforme dans l'accouchement naturel s'appuient sur ce qu'en dit Playfair pour légitimer leur manière de faire, ils ne seront pas difficiles. Le lecteur va en juger: « Je dirai peu de chose, dit-il, « de l'emploi des anesthésiques pendant l'accouchement, pratique de- « venue si universelle que point n'est besoin d'argument pour en éta- « blir la parfaite légitimité comme moyen d'adoucir les souffrances « de l'enfantement.

« Cependant à l'époque actuelle on a une tendance à ne pas les « employer, et une erreur commune est de croire que l'adminis- « tration du chloroforme entrave matériellement l'énergie des con- « tractions utérines et prédispose, ce qui est fort douteux, à l'hé- « morrhagie post-puerpérale. »

Et dix lignes plus bas : « Le chloroforme tout en annulant la souf- « france a une tendance à diminuer l'action utérine. Tous ceux qui « l'ont beaucoup donné pendant le travail ont observé que la force et « l'intensité des douleurs sont amoindries, à ce point que le retard « subi par l'accouchement oblige souvent de suspendre les inhala- « tions. Mais cette propriété d'annuler l'action utérine est une de ses « qualités les plus utiles en obstétrique, dans certains cas de ver- « sion par exemple. »

Nous n'insisterons pas pour démontrer la contradiction flagrante qui existe entre la première citation et la seconde, nous ferons simplement remarquer que les conclusions de notre travail sur l'influence du chloroforme sur la femme en travail (1) sont absolument confirmées par Playfair. Nous avons dit, et nous en sommes convaincu plus que jamais, que le chloroforme diminuait la contractilité et la rétractilité utérine, Playfair ne dit pas autre chose ; aussi propose-t-il l'emploi du chloral.

De plus, Playfair recommande de n'avoir recours aux anesthésiques qu'après la dilatation complète. Mais est-ce que, comme l'a si bien dit le professeur Pajot, comme tous les accoucheurs, surtout toutes les femmes qui ont accouché le savent, la période de dilatation n'est pas la plus douloureuse ?

---

(1) Voy. *De l'influence comparée du chloroforme, du chloral, de l'opium et de la morphine sur les femmes en travail*. Paris, 1878.

Allons décidément cette bonne vieille école française a encore raison sur ce point. Le chloroforme peut être très utilement employé dans certains cas (1), tout le monde le reconnaît, mais par cela même qu'il est utile, il peut être dangereux employé dans tous les cas.

Nous trouvons à propos des « présentations » une assertion qui nous semble bien peu fondée. Playfair après avoir dit qu'on rencontre 1 présentation de la face sur 249 accouchements en Angleterre et 1 sur 169 en Allemagne, accuse le décubitus dorsal, adopté à l'étranger, de favoriser la transformation de la présentation du sommet en présentation de la face (2). Nous ne répondrons que ceci : en France où le décubitus dorsal est universellement adopté, on rencontre 1 présentation de la face sur 248.

Les opérations obstétricales, et en particulier les applications de forceps et la version, sont exposées comme on les exposait en France il y a..... longtemps, depuis nous avons fait quelques progrès, qui semblent être assez peu connus sinon en Angleterre, tout au moins du professeur Playfair.

Mais ces critiques et réserves étant faites nous reconnaissons que la cinquième partie de l'ouvrage est tout à fait remarquable. L'état puerpéral est exposé magistralement et de telle façon qu'aucun de nos traités d'accouchements ne renferme une étude aussi complète de ce chapitre si important. Et cela suffit amplement pour que le livre ait sa place marquée dans la bibliothèque de tout médecin qui s'occupe d'accouchements. Aussi remercions-nous bien sincèrement le Dr Vermeil de nous avoir donné cette traduction claire et précise.

A. PINARD.

---

(1) Pajot. *Anesthésie obstétricale in dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

(2) Voir notre statistique. *In Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical.* Paris, 1878.

VARIÉTÉS

Congrès internationnal des sciences médiacles, Londres 1881. — *Section VI. — Obstétrique.*

Dr McClintock, LL. D., Dublin, *président*.

Dr Barnes, Dr Braxton Hicks, F.R.S., Dr Matthews Duncan, LL.D., F.R,S.E., Dr Priestley, *vice-présidents*.

Dr Galabin, Dr John Williams, *secrétaires*.

Liste provisoire de sujets proposés pour la discussion.

1° De l'oophorectomie (l'opération de Battey).

2° De l'excision des tumeurs fibreuses par la laparotomie ;

3° De l'extirpation totale de l'utérus (l'opération de Freund).

4° Du traitement antiseptique dans la Gynécologie ;

5° De l'opération césarienne avec l'enlèvement de l'ovaire et de l'utérus, à la jonction du corps et du col (l'opération de Porro).

6° Du traitement de l'hémorrhagie après la naissance.

Toutes les communications ayant rapport à la section VI doivent être adressées au secrétaire de la section, Dr JOHN WILLIAMS, 28, Harley Street, London, W.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

(GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE)

Traitement des hémorrhagies post partum *consécutives à la délivrance par l'extrait d'ergot de seigle en injection hypodermique.* (*Tribune médicale*, 27 avril 1879, p. 195.)

De la douleur ovarique chez les femmes enceintes, par le Dr BUDIN. (*Progrès médical*, 1er mars 1879.)

Traitement de la métrorrhagie par l'infusion de café noir, par le Dr A. DESPRÉS. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 mars 1879, p. 201.)

Note sur la présence des masses jaunes dans l'urine des nouveau-nés atteints d'ictère, par M. Parrot et Albert Robin. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 10 mai 1879.)

Traitement antiseptique dans l'ovariotomie, par le Dr Baker. (*The Boston medical and surgical Journal*, 23 janvier 1879, p. 121.)

Leçon clinique sur l'écoulement lochial, par le Dr Miller. (*Edinburgh medical Journal*, novembre 1878.)

De la dilatation digitale du col pendant le travail de l'accouchement, par le Dr Trenholme (*Obstetrical Journal of great Britain and Ireland*, novembre 1878.)

Injection dans les veines de lait pour remplacer la transfusion du sang, par le Dr G. Thomas. (*New York medical record*, août 1878.)

Traitement de la métrite chronique, par le Dr A. Martin. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 21 octobre 1878.)

Déplacements utérins. Nouvelle théorie de leur mécanisme et de leur traitement, par le Dr George Cowan. (*The American Practitioner*, novembre 1879.)

Excroissances polypeuses de l'urèthre symptomatiques de la tuberculisation des organes urinaires chez la femme, par le Dr Terrillon. (*Progrès médical*, 21 février 1880.)

Les *Annales de Gynécologie* ont reçu :

The dangers incident to the simplest uterine, manipulations and operations By Geo. J. Engelmann, Saint-Louis, mo. (*Extrait des transactions Missouri state medical Society*. 1880.)

Traité pratique de l'art des accouchements, par les professeurs Nœgele et Grenser. 2e édition française; traduction par le Dr Aubenas, introduction par le professeur Stoltz. Paris, J.-B. Baillière, éditeurs, 1880.

Beitrag zur Lehre von den Kystichen unterleibsgeschwülsten (*Myoma lymphangiectodes ligamenti rotundi uteri*, par le Dr G. Léopold (de Leipzig). Extrait des *Arch. f. Gynäkologie*, vol. XVI.

Prophylaxie des teignes, par le Dr Verrier (Extrait du *Journal d'hygiène*, nos 105 et suivants).

Die Entwicklung der puerperalen Infection, par le professeur Spiegelberg (de Breslau).

Beitrag zur Therapie der uterus-fibromyome-Neue Operation Methode bei submucosen Tumoren, par le Dr Hugo Burckhardt (Extrait de la *Deutschen medicinischen Wockenschrift*, n° 27, 1880).

Uber die Verwendung des Iodoforms bei gynäkologischen Leiden, par le professeur Martin (Extrait du *Centralblatt fur gynäkologie*, n° 14, 1880).

Ueber den scheiden sand Gebärmuttervorfall. Nach den im feriencurs für Aertzte gehaltenem vorträgen, par le professeur A. MARTIN (de Berlin). *Sammlung klinischer Vorträge*, n° 183-184 (Leipzig).

De l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'utérus, par Lucien PICQUÉ. Frédéric Henry, éditeur. Paris, 1880.

Étude sur le bassin rachitique, par DELORE. Masson, éditeur. Paris, 1880.

Accouchement naturel, hémorrhagie, délire violent, guérison, par le Dr VAN-DEN BOSCH (de Liége). Manceaux, éditeur. Bruxelles, 1880.

Quatrième grossesse de la duchesse de Berry. — Naissance du duc de Bordeaux, par le Dr DENEUX, accoucheur de la duchesse. Manuscrit inédit publié par le Dr MATTEI. Paris, Adrien Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Trois ovariotomies pratiquées avec succès, par le Dr PONCHON. Manceaux, éditeur. Bruxelles, 1880.

Treatment of post partum hémorrhage, par le Dr Geo. J. Engelmann (Extrait des *Transactions of the southern illinois medical association*. Saint-Louis (États-Unis), 1880.

Time of conception and duration of pregnancy, par le Dr Geo.-J. ENGELMANN (Extrait du *Saint-Louis courier of medicine*. Mai 1880.)

Prolapse of the, ovaries, par le Dr Paul-F. MUNDÉ (de New-York), Extrait des *Gynecological transactions*, 1880.

The justo. — Minor pelvis with presentation of specimen, par le Dr WILLIAM LUSK (de New-York(.

The prognosis of cesarean operations, par le Dr WILLIAM LUSK (Extrait de *The american Journal of obstetrics and diseases of women and children*, vol. XIII, n° 1. Janvier 1880.

I. — *Fibro sarcomatous tumor of the uterus, operation recovery*. II. — *Cancer of the rectum; Excision recovery*, par le Dr JOHN BYRNE (Extrait des *Annals of the anatomatical and surgical society; Brooklyn*, vol. II, 1880.

Kolpo Cystotomy By electro Cautery with remarks on other methods of operating, par le Dr JOHN BYRNE (Extrait des *Gynecological transactions*, 1880).

The mechanical treatment of cystocele and procidentia uteri, par le Dr Eugène-G. Gehrung (Extrait de *The american journal of obstetrics and desenses of women and children*, vol. XIII, n° 111. Juillet 1880).

On Coccygodynia, par le Dr EDWARD, W. Jenks (Extrait de *The medical record of New-York*, vol. XVII, n° 16. 17 avril 1880.

The treatment of puerperal septicemia by intra-uterine injections, par le Dr EDWARD W. Jenks (Extrait des *Gynecological transactions*. 1880.)

Le gérant : A. LEBLOND.

Paris. — A. Parent, imp. de la Fac. de méd., r. M.-le-Prince, 29-31.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XIV

Juillet à Décembre 1880.

A

B

C

